

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR SYLVIE OUELLET

ÉTUDES DES COMPOSANTES DÉPRESSIVES

ET DE L'ISOLEMENT SOCIAL EN RELATION

AVEC LA PRÉSENCE DE TENDANCES SUICIDAIRES

DANS UNE POPULATION D'HOMMES RETRAITÉS

MARS 1994

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux	vi
Introduction	01
Chapitre premier - Vieillissement et suicide	05
Le suicide au troisième âge et les facteurs de risque associés	07
La dépression et l'isolement social en relation avec le suicide	30
Hypothèses	54
Chapitre II - Méthodologie	57
Population d'étude	58
Instrument de mesure	60
Déroulement de l'expérience	65
Chapitre III - Analyse des résultats	67
Analyses statistiques	68
Résultats	72
Chapitre IV - Discussion des résultats	83
Interprétation des résultats	84

Conclusion	97
Appendice A - <u>Questionnaire d'enquête sur l'adaptation à la retraite</u>	101
Remerciements	131
Références	132

Sommaire

Faisant suite à une étude réalisée par des chercheuses du département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières sur l'identification des comportements suicidaires chez les personnes âgées, la présente recherche poursuit deux objectifs. D'une part, elle propose de mettre en évidence les principales composantes dépressives de sujets âgés suicidaires en les comparant à un groupe d'âgés non suicidaires, et d'autre part, d'évaluer l'aspect quantitatif et qualitatif de l'isolement social en regard de la gravité des tendances suicidaires chez ces retraités.

L'échantillon se compose de 92 hommes, tous sont retraités depuis moins de cinq ans et sont âgés de 55 à 72 ans ($M=61,4$, $E.T.=3,5$). Les sujets possédant un potentiel suicidaire comptent pour 37% ($N=34/92$) de l'échantillon, alors que ceux classés comme non suicidaires totalisent un pourcentage de 63% ($N=58/92$). Le Questionnaire d'enquête sur l'adaptation à la retraite (voir appendice A) conçu par les auteures de l'étude initiale a servi d'instrument de mesure

afin de recueillir les informations pertinentes à la rédaction de ce mémoire. Les parties du questionnaire qui feront l'objet de la présente étude sont celles concernant l'aspect social et occupationnel (quatrième partie) ainsi que l'échelle de dépression composée de 30 items: l'Échelle de Dépression Gériatrique (cinquième partie).

Des analyses statistiques de différences de moyenne (test-t), de différences de distribution (chi-carré) ainsi que des analyses non paramétriques (U de Mann-Withney) révèlent que les retraités suicidaires sont plus déprimés que les retraités non suicidaires. De fait, les réponses des deux groupes à l'Échelle de Dépression Gériatrique permettent d'observer des différences significatives entre les âgés suicidaires et les âgés non suicidaires à 14 items. Ces différences font ainsi ressortir les composantes dépressives caractérisant plus particulièrement le groupe des suicidaires. De plus, bien que les résultats montrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes de sujets quant à la quantité et à la qualité des contacts qu'ils ont su développer, il ressort que les retraités suicidaires ont tendance à vivre plus d'insatisfaction face à la qualité des relations qu'ils entretiennent avec l'entourage.

Liste des tableaux

Tableau 1: Taux de suicide par 100 000 habitants en fonction de l'âge au Québec et au Canada pour l'année 1985	10
Tableau 2: Taux de suicide par 100 000 habitants en fonction de l'âge et du sexe au Canada et au Québec	13
Tableau 3: Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 65 ans et plus en fonction de leur état civil pour l'année 1986	50
Tableau 4: Répartition des sujets de la population d'étude en fonction de leur état civil ..	60
Tableau 5: Analyses (test-t et chi-carré) pour le groupe non suicidaire (groupe 1) et le groupe suicidaire (groupe 2) en fonction des variables EDG, membres de la famille, amis et confident	74
Tableau 6: Analyses (U de Mann-Withney et chi-carré) pour le groupe non suicidaire (groupe 1) et le groupe suicidaire (groupe 2) en fonction des variables satisfaction des relations familiales, des relations d'amitiés, des activités sociales et de la fréquence des contacts avec la famille	76

Tableau 7: Analyse complémentaire (U de Mann-Withney) pour le groupe non suicidaire (groupe 1) et le groupe suicidaire (groupe 2) en fonction des facteurs humeur dépressive, manque d'énergie, humeur positive, agitation et retrait social	77
---	----

Tableau 8: Pourcentages et χ^2 obtenus par le groupe non suicidaire (groupe 1) et le groupe suicidaire (groupe 2) à quatorze des items de l'EDG	80-81
---	-------

Introduction

L'avènement de l'industrialisation a amélioré grandement la qualité de vie des individus, mais il a aussi eu un impact négatif sur le bien-être psychologique des personnes du troisième âge. De fait, les changements survenus au niveau du travail (ex: l'arrivée de la technologie moderne) et au niveau de la structure familiale (ex: le fait que les générations ne vivent souvent plus sous le même toit) ont amené les gens âgés à vivre davantage en marge de la société. Leurs expériences au travail étant dorénavant peu considérées, ajouté au fait que les enfants soient fréquemment plus scolarisés que leurs parents et vivent bien souvent dans des villes éloignées, les aînés d'aujourd'hui tendent à être plus isolés et moins intégrés à la société que leurs descendants. Il existe certes une majorité de personnes âgées qui compose bien avec cette réalité et qui réussit à s'impliquer activement au devenir de la société. Cependant, d'autres sont aux prises avec de nombreuses difficultés, fortement démunies et sans ressources pour contrer l'isolement. Les difficultés de la vie moderne rend certains de ces âgés, particulièrement les hommes, plus vulnérables au développement d'affects dépressifs et les incitent à penser au suicide comme alternative pour soulager leur souffrance.

Ce mémoire fait suite à une étude réalisée au Laboratoire de Gériatrie de l'Université du Québec à Trois-Rivières par Sylvie Lapierre, Jocelyne Pronovost, Micheline Dubé et Isabelle Delisle (1992) sur l'identification des comportements suicidaires chez l'âge vivant dans la communauté. Parce qu'il est reconnu que, dans tous les groupes d'âge, les hommes se suicident plus que les femmes et parce que la mise à la retraite est considérée comme un facteur de risque important de suicide chez les aînés, les auteures ont choisi d'effectuer leur étude à partir d'un échantillon composé essentiellement d'hommes retraités depuis moins de cinq ans.

Un des objectifs de la présente recherche est de contribuer à approfondir les facteurs de risque de suicide chez les personnes vieillissantes, plus particulièrement la dépression et l'isolement social et d'essayer d'identifier des avenues pour améliorer la qualité de vie des gens âgés, et ce, plus spécifiquement pour les hommes. Ce mémoire se divise en quatre chapitres. Dans le premier chapitre, un relevé de la documentation sur les facteurs de risque de suicide propres au vieillissement, ainsi que sur les variables de la dépression et de l'isolement social, est présenté. Le deuxième chapitre décrit la population d'étude, l'instrument de mesure utilisé et le déroulement de l'expérience. Les analyses statistiques

et les résultats sont énoncés dans le troisième chapitre.
Finalement, le quatrième chapitre discute des résultats.

Chapitre premier
Vieillissement et suicide

Ce premier chapitre a pour objectif de synthétiser la documentation ayant trait à l'étude de la dépression et de l'isolement social en tant que facteurs de risque suicidaire chez les personnes âgées. Il se divise en deux parties principales. La première partie aborde d'une manière générale le suicide chez les gens du troisième âge et les facteurs de risque qui lui sont associés. Le phénomène du suicide chez l'agé occupe la première section de cette partie. Nous y ferons état de la sous-déclaration du suicide des aînés, des statistiques comparatives Canada-Québec, des statistiques comparatives hommes-femmes ainsi que des signes avant-coureurs. La seconde section énonce les principaux facteurs de risque de suicide chez les adultes vieillissants, à savoir la mise à la retraite, les pertes, les maladies physiques, la dépression et l'isolement social. Une attention plus approfondie à la relation existant entre la dépression, l'isolement social et le suicide sera portée lors de la deuxième partie. Dans la première section de cette partie, nous nous attarderons à différents instruments de mesure de la dépression chez l'agé et plus particulièrement à l'Échelle de Dépression Gériatrique. Celle-ci ayant servi à l'évaluation des composantes dépressives de la population d'étude de la

présente recherche, il importe donc de bien la connaître. Finalement, le lien entre l'isolement social et le suicide sera examiné dans la seconde section à partir des conditions sociales qui favorisent l'isolement et la solitude des aînés.

Le suicide au troisième âge et les facteurs de risque associés

Le phénomène du suicide chez l'agé

A. Sous-déclaration du suicide des aînés

Il existe, dans les pays industrialisés, un accroissement sans cesse grandissant du nombre de personnes âgées ainsi qu'une augmentation du taux de mortalité par suicide dans ce groupe d'âge. Néanmoins, la population semble mal informée sur le phénomène du suicide chez les aînés. De fait, les suicides chez les gens âgés sont souvent traités comme des morts naturelles et beaucoup de ceux-ci seraient dissimulés dans les institutions (Jarvis et Boldt, 1980).

Cette sous-déclaration du suicide des personnes du troisième âge peut s'expliquer par les définitions divergentes qu'ont les coroners et les médecins sur le suicide, mais elle

tient également aux tabous que la société associe au suicide et aux circonstances entourant souvent le décès lui-même (par exemple, la présence ou l'absence de notes, les méthodes employées, etc) (Mc Intosh, 1989). Il semble que la non déclaration des décès par suicide soit d'autant plus courante pour les aînés que pour tous autres groupes d'âge (Miller, 1979).

En effet, les spécialistes qui confirment l'acte de décès font ressortir la difficulté de l'émettre dans le cas de personnes âgées qui se laissent délibérément mourir ou qui accélèrent leur propre mort par une négligence résolue et étudiée (Syers-Solursh et Wyndowe, 1981). Atchley (1982) affirme qu'il est fréquent que les âgés suicidaires souffrant de maladies graves comme le cancer, le diabète et les cardiopathies refusent de continuer leur traitement. En raison d'une sous-déclaration de ce phénomène, les statistiques doivent donc être considérées avec une certaine prudence (Charron, 1983; Ennis, 1983).

B. Statistiques comparatives Canada-Québec

Les taux de mortalité par suicide ont connu une hausse importante, au Canada, au cours des dernières années. Selon

les statistiques publiées par Santé et Bien-être social Canada (1987), le nombre de décès par suicide est passé d'un taux de 8,8 décès par 100 000 habitants en 1965 à un taux de 12,9 décès par 100 000 habitants en 1985. Tout comme pour l'ensemble du Canada, le nombre des mortalités par suicide a subi une augmentation constante, au Québec, passant d'un taux de 5,7 décès par 100 000 habitants en 1965 à un taux de 17,1 décès par 100 000 habitants pour 1985. Toutefois, si nous comparons les taux obtenus en 1975 et en 1985 par groupes d'âge, nous constatons que deux groupes ont connu un accroissement très important, leur taux ayant doublé en dix ans. Il s'agit du groupe des 15-19 ans et de celui des 70-74 ans. De plus, il apparaît que l'augmentation du taux de suicide soit particulièrement attribuable aux hommes (1975: 13,4/100 000 habitants; 1985: 27,2/100 000 habitants). Le taux chez les femmes ayant peu augmenté pour cette décennie (1975: 5,3/100 000 habitants; 1985: 7,3/100 000 habitants).

Comparé aux autres provinces canadiennes, le Québec se situe au deuxième rang (avec l'Ontario) après le Manitoba en ce qui a trait aux taux de suicide chez les personnes de 65 ans à 69 ans, et au quatrième rang pour les gens de 70 ans et plus (voir tableau 1).

Tableau 1

Taux de suicide par 100 000 habitants
en fonction de l'âge au Québec et au Canada
pour l'année 1985

Provinces	65-69 ans	70 ans et plus
Terre-Neuve	11,4	—
Île-du-Prince-Édouard	—	—
Nouvelle-Écosse	14,7	16,1
Nouveau-Brunswick	15,8	19,0
Québec	18,2	17,8
Ontario	18,2	15,5
Manitoba	19,2	8,7
Saskatchewan	4,9	19,7
Alberta	12,9	18,7
Colombie-Britannique	13,3	15,3
Territoire du Yukon	—	—
Territoires du Nord-Ouest	—	—
Canada (total)	16,2	15,8

(Source: Santé et Bien-être social Canada, 1987)

Comme le rapporte Mishara (1991), l'augmentation générale des taux de décès par suicide varie de façon marquée en fonction de l'âge et du sexe. Chez les jeunes adultes, l'on observe beaucoup plus de tentatives de suicide pour chaque suicide réussi que chez les aînés. Ce qui porte à croire que ces derniers réussissent davantage leur suicide. Par ailleurs, les hommes qui tentent de se suicider parviennent plus souvent à s'enlever la vie que les femmes.

C. Statistiques comparatives hommes-femmes

Plusieurs auteurs (Campagna, 1982; Charron, Brosseau, Fréchette-Duchesne et Rémillard, 1984; Durkheim, 1951; Lépine, 1982; Miller, 1978a; Mishara, 1991) constatent que les hommes se suicident plus que les femmes, et ce, pour tous les groupes d'âge. Deux principales explications peuvent rendre compte des suicides plus élevés des hommes âgés. D'une part, ils sont reconnus comme sollicitant peu l'aide en cas de besoin (Lyons, 1984; Mc Intosh, 1985; Miller, 1978b) et d'autre part, ils tendent à utiliser des méthodes plus fatales (armes à feu) que les plus jeunes (Benson et Brodie, 1975; Conwell, Rotenberg et Caine, 1990; Mc Intosh et Santos, 1986). Lavigne-Pley (1987) mentionne qu'un bon nombre d'auteurs s'entendent pour affirmer qu'une mauvaise adaptation à des événements stressants comme

la mise à la retraite, une perte d'autonomie et le veuvage pourraient inciter les hommes à penser davantage à mettre fin à leurs jours pour soulager leur souffrance.

Par ailleurs, une étude effectuée par Marks (1989) sur l'influence de variables telles que le sexe, la nationalité, l'âge, le niveau de scolarité des gens et leurs attitudes à l'égard du suicide démontre que plus d'hommes que de femmes sont d'accord avec l'idée qu'une personne ait le droit de se suicider. Il est intéressant de remarquer que parallèlement, le taux de suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Blazer, Bachar et Manton (1986) soutiennent que la génération à laquelle appartient chaque individu est un fort prédicteur des taux de mortalité par suicide. Selon ces auteurs, le fait que les générations du "baby boom" expérimentent plus de compétition sur le marché du travail, se divorcent plus fréquemment, aient moins d'enfants et vivent davantage de stress social expliqueraient partiellement l'accroissement actuel du nombre de décès par suicide de cette génération et l'on peut prévoir une augmentation importante du taux de suicide au cours des 40 prochaines années avec le vieillissement de cette cohorte.

Tableau 2
Taux de suicide par 100 000 habitants
en fonction de l'âge et du sexe
au Canada et au Québec

Groupes d'âge	Hommes			Femmes		
	Canada 1991	Québec 1989	Québec 1990	Canada 1991	Québec 1989	Québec 1990
65-69	25,1			7,2		
70-74	23,7			6,7		
75-79	25,2			5,2		
80-84	30,8			3,4		
65-74		20,1	20,6		4,8	7,4
75 et plus		22,4	35,1		2,8	2,9

(Source: Duchesne, 1991-92; Statistique Canada, 1993)

Le tableau 2 présente les taux de mortalité par suicide, pour les années 1989-90-91, au Canada et au Québec, chez les hommes et les femmes âgés. Il faut observer l'écart important entre les taux de suicide rapportés pour les deux sexes: le taux de suicide rapporté, en 1990, chez les hommes québécois de 75 ans et plus est plus de 12 fois supérieur à celui des femmes du même groupe d'âge. Au Québec, en 1990, on remarque

une hausse considérable des taux de décès par suicide tant chez les hommes âgés que chez les femmes âgées, et ce, plus spécifiquement pour les hommes de 75 ans et plus et pour les femmes de 65-74 ans.

D. Signes avant-coureurs

Lavigne-Pley (1987) soutient qu'en général, chez les âgés, et surtout chez les hommes, les suicides sont complétés. De fait, plusieurs auteurs constatent que les menaces et les tentatives de suicide sont rares chez les personnes âgées (Blazer et al., 1986; Charron, 1983; Conwell et al., 1990; Jarvis et Boldt, 1980; Lépine, 1982; Mc Intosh, Hubbard et Santos, 1981; Miller, 1979; Mishara, 1991; Pélicier, 1978; Stillion, Mc Dowell et May, 1989). Templer et Cappelletty (1986) mentionnent que le suicide chez les aînés apparaît être plus rationnel et moins émotif que chez les jeunes. Pour sa part, Osgood (1985) rapporte que 80% des aînés qui avaient fait des menaces se sont suicidés. C'est pourquoi il importe d'être attentif à certains indices qui pourraient laisser présumer un risque potentiel de suicide chez une personne âgée.

Certains auteurs (Osgood, 1982; Pelizza, 1979) ont identifié différentes formes de manifestations suicidaires utilisées par les âgés. Ces manifestations sont souvent subtiles et discrètes. Mais connaissant mieux les différentes formes qu'elles peuvent prendre, l'entourage immédiat sera plus en mesure de les reconnaître et de prévenir le suicide chez les personnes du troisième âge. Nous avons classé ces manifestations suicidaires en quatre groupes:

1. Manifestations physiques

- troubles du sommeil (particulièrement l'insomnie)
- troubles de l'alimentation (perte d'appétit)
- augmentation de la consommation d'alcool
- perte de poids
- plaintes de maux divers (céphalées, migraines, constipation)
- perte d'autonomie fonctionnelle

2. Manifestations psychologiques

- changements brusques de la personnalité
- expression d'anxiété et d'angoisse sans aucune raison apparente
- faible estime de soi

- expression de colère, d'agressivité, de sautes d'humeur et d'impulsivité
- symptômes dépressifs
- se dire incompris, rejeté, indésiré par la famille et les amis
- absence de but dans la vie et manque de désir de trouver un sens et un but à la vie

3. Manifestations d'indices d'ordre comportemental

- prendre rendez-vous avec son médecin sans raison apparente, ou prendre un rendez-vous avec son médecin quelques jours après l'avoir vu
- intérêt subit pour la religion, ou intérêt nul pour la religion alors qu'il était élevé auparavant
- lettres d'adieu

4. Manifestations d'indices d'ordre situationnel

- détérioration mentale à ses débuts entraînant une diminution du jugement, de la compréhension ou de la mémoire
- maladies graves
- deuil (spécifiquement la première année qui suit la perte)
- isolement dû au veuvage, au célibat

En dépit des manifestations suicidaires énumérées, il existe de nombreux autres comportements auto-destructeurs qui peuvent hâter la mort. Ces comportements se manifestent sous une forme suicidaire déguisée et peuvent parfois survenir d'une manière inconsciente chez l'individu. Bien qu'ils apparaissent dans tous les groupes d'âge, Mc Intosh et Hubbard (1988) soulignent la présence d'une prévalence plus importante de ces comportements dans le vieil âge.

Selon Farberow (1980), deux critères distinguent les comportements suicidaires déguisés des comportements suicidaires plus apparents. D'une part, les effets des comportements suicidaires déguisés ne sont pas immédiats sur la personne, ils tendent plutôt à être cumulatifs et à s'étendre sur plusieurs années. D'autre part, ces comportements peuvent être présents sans que la personne en soit nécessairement consciente. Habituellement, l'individu ne perçoit pas les effets de son comportement et ne considère pas ceux-ci comme une manifestation de suicide.

Certains auteurs (Farberow, 1980; Mc Intosh et Hubbard, 1988; Mishara, 1991) ont fait mention de comportements suicidaires déguisés que l'on retrouve plus fréquemment chez les personnes du troisième âge. Le fait de négliger les

recommandations et les prescriptions du médecin dans le traitement d'une maladie, de négliger les examens de routine médicale, d'ignorer l'aide médicale en cas de besoin, de fumer ou de consommer de l'alcool malgré un avis du médecin et de négliger volontairement de porter sa ceinture de sécurité en voiture, en sont quelques exemples.

Les principaux facteurs de risque

Il importe, de prime abord, de souligner que chaque facteur pris individuellement ne peut à lui seul offrir une explication acceptable au suicide chez l'agé. Il apparaît plutôt que c'est l'interaction de différents facteurs qui joue un rôle important dans la majorité des suicides et tentatives de suicide chez les aînés.

A. La mise à la retraite

De nombreux auteurs (Cardner, Bahn et Mack, 1964; Cimon-Desrochers, 1981; Friedman, 1976; Kirsling, 1986; Lavigne-Pley, Dumais-Beaudoin et Lamontagne, 1980; Lyons, 1984; McIntosh et al., 1981; Miller, 1978a; Osgood, 1982; Pelizza, 1979; Young, Rich et Fowler, 1984) ont souligné l'importance

des facteurs socio-économiques dans le suicide des personnes âgées.

La mise à la retraite amène une baisse de revenu ainsi qu'une réduction du nombre d'activités touchant surtout le réseau social de la personne. En effet, parce que c'est au travail que nous établissons la plupart de nos relations sociales, la retraite perturbe le réseau relationnel dont la personne s'était entourée pendant les longues années de sa vie active (Carette, 1992). Lépine (1982) soutient qu'une non adaptation du retraité à cette nouvelle condition de vie s'avère un facteur important à considérer dans le suicide des âgés. La mise à la retraite serait particulièrement redoutable pour les hommes qui la prennent sans préparation, qui n'appartiennent à aucune association ou organisation bien structurée, et qui n'ont aucun réseau d'amis et de parents bien défini (Miller, 1979).

Une étude de Peretti et Wilson (1979) visait à vérifier le sérieux des idéations suicidaires chez les hommes ayant pris leur retraite d'une façon volontaire ou non volontaire. Il ressort que les retraités non volontaires ont tendance à vivre plus d'instabilité émotionnelle (problèmes émotionnels, sentiments d'échec, conflits internes, repli sur soi et

dépression) et à avoir peu de relations interpersonnelles (activités sociales, contact fréquent avec les autres, désir de maintenir des relations d'amitié) comparativement aux retraités volontaires.

À cet égard, Carette (1992) souligne qu'un nombre considérable de retraités attend de leur famille qu'elle compense la perte de relations de travail et gère leur temps libre. De manière à prévenir l'impact de la retraite et à préserver l'autonomie relationnelle, l'auteur suggère que les futurs retraités développent des liens à l'extérieur du milieu du travail.

Selon Miller (1979), le nombre plus élevé d'hommes que de femmes sur le marché du travail rendrait l'adaptation à la retraite plus difficile à vivre pour les hommes que pour les femmes. Hendin (1982) mentionne que la mise à la retraite provoque, chez l'homme âgé, un sentiment de perte de maîtrise qui peut l'inciter à poser un acte suicidaire. De fait, parce que le travail est source d'une reconnaissance et d'une valorisation sociales (Hannoun, 1991), le retraité éprouve souvent une baisse de l'estime de soi, de même qu'un sentiment de rejet et d'inutilité qui peuvent faire obstacle à sa réintégration sociale (Carette, 1992). Pour Lyons (1984),

l'homme âgé éprouve plus de difficulté à s'adapter à ces nouveaux changements de rôles, car les principaux qu'il a eu au cours de sa vie étaient ceux de travailleur et de pourvoyeur de la famille. D'un jour à l'autre, il se retrouve confronté à une nouvelle réalité, celle de devenir "non productif" aux yeux de sa famille et surtout aux yeux de la société. La femme, par contre, a appris à jouer plusieurs rôles qu'elle a dû quitter au fur et à mesure que les enfants grandissaient. Cependant, avec l'arrivée sans cesse importante des femmes sur le marché du travail, il est possible de penser qu'elles pourraient vivre les mêmes difficultés d'adaptation que les hommes (Lépine, 1982).

B. Les pertes

Les pertes qui se rattachent au vieillissement ont toutes un effet dommageable pour la personne âgée, parce qu'elles réduisent les capacités d'adaptation et l'aptitude de l'âgé à faire face au stress imposé par l'environnement (Berthelet, 1985). Il semble cependant que ce soit l'accumulation de pertes qui rend l'ainé plus vulnérable au suicide (Miller, 1979). Ces pertes peuvent prendre différentes formes telles que: pertes physiques (perte de vitalité, perte de santé), pertes sociales (perte d'un ami, de son environnement), pertes

psychologiques (diminution de l'estime de soi) et pertes émotionnelles (perte du conjoint ou d'une personne significative) (Miller, 1979).

Miller (1979) soutient que les pertes deviennent un facteur de risque d'autant plus grand qu'elles se présentent de la façon suivante: lorsqu'elles se produisent soudainement, lorsqu'il y a accumulation de pertes et selon l'habileté de la personne à réagir aux situations de pertes.

En effet, Miller (1979) affirme que la manière dont la perte se présente est plus néfaste pour l'individu que la perte elle-même. Ainsi, le risque de suicide sera d'autant plus élevé si la perte survient d'une façon brusque et sans avertissement, car le processus de deuil ne pourra se faire d'une façon évolutive. Un autre facteur important du suicide chez l'âgé est l'effet de la perte combinée aux autres pertes déjà vécues. Les personnes âgées deviennent donc plus vulnérables au suicide à cause de l'accumulation d'événements douloureux. De plus, les habiletés que la personne a su développer tout au cours de sa vie afin de faire face aux différentes pertes ainsi que son désir profond de vivre sont des facteurs qui influenceront sa manière de réagir aux situations difficiles à un âge avancé.

Certains auteurs (Kastenbaum et Costa, 1977; Osgood, 1982) mentionnent que le décès d'un conjoint augmente les risques d'avoir des problèmes de santé physique et mentale, ainsi que le risque de suicide chez l'endeuillé. Selon Berardo (1968), l'adaptation au veuvage est difficile, car elle entraîne un manque fréquent de relations soutenantes. Ainsi, la perte du conjoint tend à modifier et à dissoudre les autres liens (réseau familial, relations avec le voisinage, relations amicales, etc) qui pourraient être aidants au cours de cette période.

Miller (1978a) explique la souffrance de l'endeuillé par le fait que le deuil entraîne la perte d'un confident. L'auteur affirme que cette perte importante prédisposerait certains âgés à poser un acte suicidaire. Il apparaît, de plus, que les veufs auraient tendance à être plus retirés et moins communicatifs que les veuves du même âge, ce qui amènerait un plus haut risque de suicide chez ces derniers (Berardo, 1970; Bock et Webber, 1972; Jarvis et Boldt, 1980; Kirsling, 1986; Miller, 1978b).

C. Les maladies physiques

Le vieillissement entraîne chez la personne un changement dans son apparence physique (au niveau de la peau, des cheveux, du tonus musculaire), des modifications de l'ossature (ostéoporose), des altérations des fonctions sensorielles (diminution de la vue, de l'ouïe qui sont les plus importantes), des altérations de la motricité (diminution de la force, de l'endurance et de la flexibilité), des modifications des systèmes pulmonaire et cardiovasculaire (emphysème, athérosclérose), ainsi que des changements dans la nutrition (diminution alimentaire, difficulté d'absorption et de digestion, etc) (Berthelet, 1985).

Il semble qu'au plan physique, vieillir amène plus souvent de pertes que de gains. Lorsque ces pertes entraînent une maladie physique grave, celle-ci devient quelque chose de très pénible à consentir autant pour les femmes que les hommes, et plus particulièrement pour ces derniers qui y associent une dépendance et une perte d'autonomie (Lavigne-Pley, 1987).

Le suicide chez l'adulte vieillissant très malade peut devenir pour lui un moyen d'enrayer la douleur chronique qui

le fait souffrir. Ainsi, plutôt que d'attendre passivement et douloureusement la mort et toute la peur entourant celle-ci, la personne âgée souffrante peut choisir de mettre délibérément fin à ses jours (Resnik et Cantor, 1970).

À cet égard, plusieurs auteurs (Batchelor, 1955; Cimon-Desrochers, 1981; Dublin, 1983; Hirst, Brockington et Sheesley, 1985; Lavigne-Pley et al., 1980; Lyons, 1984; Maris, 1969; Mc Intosh, 1985; Miller, 1979; Osgood, 1982; Pelizza, 1979; Sainsbury, 1956; Templer et Cappelletty, 1986; Tessier, Clément et Léger, 1989) soulignent que les maladies physiques terminales ou très douloureuses (douleur chronique) sont des facteurs importants à considérer dans le suicide chez les aînés. De même, il apparaît que la présence simultanée d'une maladie physique et d'une dépression, tout en amenant une réduction des possibilités de guérison, augmente les risques de décès par suicide (Post, 1962).

Une étude effectuée par Zautra, Maxwell et Reich (1989) démontre que les âgés rapportant plus de désordres de santé, depuis les 6 derniers mois, tels les désordres vasculaire/circulatoire, les désordres musculaire tel l'arthrite, les désordres respiratoire tel l'emphysème, les désordres sensoriel tel le glaucome, les désordres du métabolisme tel le

diabète et autres désordres, présentent un plus haut niveau d'anxiété, plus d'idéations suicidaires et vivent plus de détresse que ceux rapportant moins de désordres de santé. Miller (1979) fait remarquer, à ce sujet, que de 60 à 75% des personnes âgées qui ont fait des tentatives ou sont des victimes du suicide ont visité leur médecin le mois précédant les actes suicidaires.

Bien que la maladie physique s'avère, certes, un facteur important dans la problématique du suicide au troisième âge, il ne semble pas évident qu'à elle seule, la maladie physique suscite des comportements suicidaires (Lyons, 1984). D'autres facteurs tels que la dépression et l'isolement social peuvent servir de médiateurs.

D. La dépression

De toutes les formes de problèmes d'ordre psychologique dont peuvent souffrir les âgés, la dépression semble être un facteur de risque souvent associé au suicide (Climon-Desrochers, 1981; Kirsling, 1986; Lépine, 1982; Lyons, 1985; Mc Intosh et al., 1981; Moamaï, 1988). Selon Osgood (1985), la dépression est d'autant plus fréquente chez les

ainés, car ceux-ci doivent incessamment faire face à de nombreuses pertes physiques et événements stressants.

Alors que Victoroff (1984) rapporte qu'environ 30% de personnes de 65 ans et plus souffrent de dépression, une étude réalisée par Copeland, Dewey, Wood, Searle, Davidson et Mc William (1987) établit à 11,3% le pourcentage des états dépressifs sérieux et à 22% celui des symptomatologies dépressives dans le groupe des plus de 65 ans vivant dans la communauté. Pour Cappeliez (1988), la différence entre ces pourcentages peut s'expliquer par la variété des pratiques diagnostiques d'une étude à l'autre.

Enzell (1984) constate que, parmi les déprimés, le taux de suicide est plus élevé pour les hommes que pour les femmes. Les veufs âgés seraient plus à risque de suicide que les veuves de même âge à cause que l'incidence de la dépression est plus grande pour eux (Kirsling, 1986). Il apparaît, néanmoins, que peu d'âgés souffrant de détresse psychologique (dépression, alcoolisme, idéations suicidaires, etc), utilisent les services de santé mentale mis à la disposition de la communauté. Le médecin demeure le soignant le plus fréquenté par les adultes vieillissants (Abrahams et Patterson, 1978). Selon Lasoski (1986), la résistance des

ainés à rechercher l'aide d'un psychologue peut-être dû à un manque d'information concernant le domaine de la santé mentale ainsi qu'à un manque de confiance à l'égard des soins apportés par les psychothérapies.

Les hommes âgés, plus que les femmes, voient leur état dépressif comme une faiblesse et deviennent inconfortables à l'idée de consulter pour de l'aide psychologique (Lyons, 1984; Mc Intosh, 1985; Miller, 1978b). Ce malaise ressenti face au besoin d'être aidé peut amener une détérioration rapide de leur état de santé mentale, particulièrement s'ils n'ont pas d'autres ressources dans leur entourage immédiat (Lyons, 1984).

Chez les personnes âgées en institution, la dépression est très courante. Brant et Osgood (1990) soulignent qu'en comparaison aux aînés vivant dans la communauté, les âgés institutionnalisés sont plus vieux, plus malades et ont moins de contacts avec les membres de leur famille, ce qui les rend plus vulnérables au suicide.

E. L'isolement social

L'isolement social est souvent considéré comme un facteur déclencheur important chez les suicidaires âgés (Hirst et al., 1985; Lyons, 1985; Sainsbury, 1956; Templer et Cappelletty, 1986). Cet isolement peut émaner de la perte de liens familiaux et affectifs, de la maladie et de pertes sensorielles (altération de l'ouïe et de la vue) qui provoquent des difficultés à communiquer et à participer à des activités quotidiennes. Les handicaps physiques (sensoriels et moteurs) entraînent un retrait de l'âge du monde environnant et créent un isolement affectif qui amène des sentiments de profonde solitude (Graux, Copin, Durocher et Delhaye, 1982). L'institutionnalisation peut provoquer les mêmes sentiments suite à l'éloignement de la famille et à la perte des amis (Brant et Osgood, 1990; Wasylenki, 1980).

Certains auteurs (Cutter, 1984; Leviton, 1973; Resnik et Cantor, 1970) ont également noté que le taux de suicide est plus élevé chez les personnes âgées qui demeurent seules que chez celles qui sont mariées. Lyons (1985) et Miller (1979) abondent dans le même sens en spécifiant que le taux de suicide est plus élevé chez les aînés qui n'appartiennent à aucun groupe, soit social, culturel ou religieux.

Pour sa part, Miller (1979) a pu constater que les âgés s'étant donné la mort par suicide n'étaient visités qu'une fois par mois ou moins, comparativement aux personnes vieillissantes non suicidaires qui étaient visitées régulièrement, soit plus d'une fois par semaine.

La dépression et l'isolement social en relation avec le suicide

La dépression et le suicide

A. Dépression: définition, occurrence et étiologie

Il existe dans la littérature une diversité de termes pour décrire la dépression: état morose, affects dépressifs, humeur dépressive, dépression. Cappeliez (1988) affirme que les dépressions sont parfois difficiles à identifier et souvent peu faciles à classifier. Le terme "dépression" désignera, selon le contexte, une altération temporaire de l'humeur, un symptôme, un syndrome, une maladie, un désordre biochimique. Cette confusion dans la terminologie et la taxonomie des états dépressifs rendrait compte en partie de la variété des interprétations des données d'incidence et de prévalence.

Le plus communément, la dépression est définie comme un désordre de l'humeur qui se caractérise par un état prolongé de mélancolie survenant parfois sans raison apparente ou se présentant comme une réaction exagérée suite à un événement déclenchant. Outre un état de tristesse profonde et une tendance au pessimisme observables chez la personne dépressive, la dépression entraîne des dysfonctionnements physiques et mentaux au niveau de l'aptitude à travailler, du sommeil, de l'intérêt face à la sexualité, de l'appétit et même de la capacité de penser (Shreeve, 1986). Lamontagne et Delage (1987) soulignent que les personnes déprimées possèdent également une pauvre estime d'elles-mêmes et affichent une dépendance au sein de leurs relations interpersonnelles.

Selon certains auteurs nord-américains (Addington et Fry, 1986; De Leo et Diekstra, 1990; Norris, Gallagher, Wilson et Winograd, 1987), le taux de symptômes dépressifs est élevé dans la population âgée et ces troubles de l'humeur constituent l'un des problèmes de santé mentale les plus sérieux chez les personnes de plus de 65 ans. De Leo et Diekstra (1990) expliquent ce phénomène par le fait que les aînés présentent plus de problèmes physiques et consomment davantage de médicaments que les autres groupes d'âge. Ils vivent plus fréquemment des sentiments de tristesse, de

solitude et de regret provoqués par la perte de personnes chères, de changements dans le statut social et d'isolement. Ces auteurs (De Leo et Diekstra, 1990; Norris et al., 1987) affirment toutefois que les âgés souffrent davantage de dépressions mineures (ou dysthymiques) comparés aux groupes d'âge plus jeunes qui affichent des taux plus importants de dépressions majeures.

D'autres auteurs (Blazer, 1989; Cappeliez, 1988; Lapierre et Adams, 1989; Moamai, 1988), se référant aux études épidémiologiques nord-américaines les plus récentes, soutiennent que la dépression majeure n'est pas plus fréquente dans la population âgée de 65 ans et plus que dans la population des adultes plus jeunes. Une étude menée dans le cadre de l'enquête Santé-Québec sur la santé des personnes âgées (Lapierre et Adams, 1989), fait ressortir que la majorité des aînés se sentent plutôt heureux et estiment que leur vie n'est pas stressante. Cappeliez (1988), sur la base des données disponibles par le biais des études épidémiologiques actuelles, propose de distinguer la sévérité de la dépression dans le groupe des personnes âgées de 65 ans et plus de la façon suivante:

(1) entre 5 et 8% présentent une dépression clinique, c'est-à-dire rencontrant les critères d'un diagnostic psychiatrique;

(2) entre 10 et 15% affichent des symptômes dépressifs allant de modérés à sévères;

(3) entre 20 et 25% souffrent de dysphorie (insatisfaction, morosité, manque d'intérêt).

Néanmoins, il importe de souligner qu'une très grande proportion des études portant sur la prévalence de la dépression dans différents groupes d'âge de la population sont des études transversales. Il serait intéressant de se demander si la relation entre l'âge, ou la cohorte d'appartenance, et la dépression confirme nécessairement l'existence d'une relation entre l'avance en âge et l'augmentation ou la diminution de la dépression (Newmann, 1989).

Plusieurs facteurs d'ordre biochimiques et psycho-sociaux peuvent jouer un rôle important dans l'avènement de problèmes de santé mentale chez les personnes du troisième âge. De fait, des facteurs tels que des changements hormonaux, la mise à la retraite et l'isolement peuvent avoir un effet dommageable sur le maintien de l'équilibre psychologique chez les personnes âgées.

Sur le plan biochimique, bon nombre de chercheurs croient que les dépressions chez les aînés seraient particulièrement liées à une déficience en dopamine, car la quantité de cette hormone diminue considérablement après l'âge de 45 ans (Shreeve, 1986). D'autres recherches soutiennent, quant à elles, que des transformations biochimiques telles qu'une élévation des niveaux de l'enzyme mono-amine-oxydase (MAO) chez les personnes de 45 ans et plus, des changements neuro-endocriniens et des diminutions de la norépinéphrine (NE) dans le cerveau auraient une influence sur le développement de la dépression au troisième âge (Stoudemire et Blazer, 1985). Les résultats de ces recherches doivent cependant être considérés avec prudence, car ils ne sont que de simples indicateurs quant à l'étiologie de la dépression.

Sur le plan psycho-social, De Leo et Diekstra (1990) mentionnent que l'attitude face à la retraite ainsi que la possibilité de choisir le moment de sa retraite, sont des variables qui peuvent influencer grandement l'apparition de la dépression chez la personne âgée. Par ailleurs, il semble que l'isolement peut être considéré comme l'une des causes les plus courantes de la dépression chez l'agé, car il existe un rapport étroit entre la fréquence des contacts sociaux et le

sentiment de satisfaction à l'égard de la vie (Mishara et Riedel, 1985).

Certaines formes de dépression s'observent plus particulièrement chez les aînés. Nous allons les décrire brièvement et en énoncer les principaux symptômes.

1. La dépression réactionnelle

La dépression est dite réactionnelle lorsqu'un changement brusque dans l'humeur de la personne est directement lié à un événement (De Leo et Diekstra, 1990). Le deuil compte parmi l'un des événements déclenchants typiques de cette dépression (Shreeve, 1986). Des symptômes tels que la difficulté à s'endormir, la présence d'idées suicidaires, un ralentissement psycho-moteur ainsi qu'une incapacité de fonctionnement social accompagnent généralement la dépression réactionnelle (Moamai, 1988; Shreeve, 1986).

2. La dépression névrotique (ou trouble dysthymique)

La dépression névrotique se caractérise principalement par un désordre dépressif chronique non psychotique d'une durée de deux ans ou plus. Elle se manifeste habituellement

suite à un facteur de stress psycho-social chronique ou situationnel qui agit sur une personnalité fragile et prédisposée à des conflits névrotiques inconscients (De Leo et Diekstra, 1990; Moamai, 1988; Shreeve, 1986). Le trouble dysthymique apparaît plus fréquemment chez les personnes âgées que chez les plus jeunes et il est aussi plus courant que la dépression majeure (Cappeliez, 1988; De Leo et Diekstra, 1990; Moamai, 1988; Norris et al., 1987). Mais il arrive parfois que la dépression névrotique chez l'agé dégénère, sous un stress intense et prolongé, en dépression majeure (Moamai, 1988).

Selon Moamai (1988), les principaux symptômes d'un trouble dysthymique sont:

- trouble du sommeil
- baisse d'énergie
- auto-dépréciation
- diminution de l'efficacité au travail
- diminution de l'attention et de la concentration
- perte d'intérêt et de plaisir pour les activités agréables
- retrait social
- pessimisme vis-à-vis de l'avenir
- rumination d'événements passés

- crise de larmes
- pensées suicidaires
- troubles de l'adaptation

3. La dépression majeure

La dépression majeure (laquelle peut-être unipolaire ou bipolaire) est un trouble psycho-biologique présentant plusieurs manifestations affectives, cognitives et somatiques (De Leo et Diekstra, 1990). Elle se distingue des autres dépressions par la persistance, la gravité et le nombre de ses symptômes (Cappeliez, 1988; Stoudemire et Blazer, 1985). Selon le DSM-III-R, il semble que cette forme de dépression peut être accompagnée, dans certains cas, de caractéristiques psychotiques. La personne dépressive souffrira alors d'une importante altération de l'expérience de la réalité, d'idées délirantes, d'hallucinations ou d'une stupeur dépressive.

Moamai (1988) mentionne que les symptômes les plus fréquemment observés dans la dépression majeure sont:

- humeur dépressive
- perte d'intérêt pour les activités habituelles
- perte de capacité d'amour et de plaisir

- perte de libido et d'énergie
- perte d'appétit et de poids
- trouble du sommeil avec réveil précoce
- ralentissement psychomoteur et intellectuel
- idées suicidaires
- sentiment de culpabilité et d'échec
- sensation de vide intérieur
- auto-évaluation négative
- évaluation négative du monde et de l'avenir
- détachement envers le milieu environnant

4. La dépression masquée

Le terme "dépression masquée" est utilisé dans les cas où la présence de symptômes somatiques (douleur, désordres gastro-intestinales, peurs hypochondriaques, etc) masquent les symptômes psychiques (De Leo et Diekstra, 1990). La personne déprimée semble souffrir de ses problèmes physiques et parle souvent de sa détresse, de ses idées sombres et suicidaires, bien qu'elle considère ses symptômes somatiques comme étant le désordre principal (De Leo et Diekstra, 1990; Moamai, 1988). L'affect dépressif étant peu apparent dans cette forme de dépression qu'on la qualifie parfois de dépression sans tristesse (Moamai, 1988).

Selon Moamai (1988), les plaintes somatiques les plus courantes sont:

- céphalée
- troubles digestifs
- douleurs diverses (dorsalgie, douleurs articulaires)
- brûlures urinaires
- prurit vulvaire ou anal
- mauvais goût dans la bouche
- brûlures d'estomac

5. La pseudo-démence

La pseudo-démence est une dépression à caractère démentiel présentant une altération des fonctions mentales supérieures (Moamai, 1988). Il est donc facile de confondre la pseudo-démence et la démence, c'est pourquoi certains auteurs (Addington et Fry, 1986; De Leo et Diekstra, 1990) mentionnent que dans le champs de la psycho-gériatrie, le problème clinique majeur demeure la difficulté de distinguer la dépression de la démence. Aussi, devant chaque cas présentant des symptômes démentiels, les professionnels de la santé doivent d'abord penser à poser un diagnostic de dépression avant celui de démence (Moamai, 1988).

Certains auteurs (De Leo et Diekstra, 1990; Moamai, 1988) ont identifié quelques critères pouvant aider à différencier la pseudo-démence de la démence. Ces critères sont:

pour la pseudo-démence

- le patient se plaint la plupart du temps d'un trouble de la mémoire
- il s'agit d'un trouble récent, soudain et variable d'un jour à l'autre
- l'histoire du patient révèle souvent des épisodes dépressifs dans le passé
- le trouble de mémoire disparaît après l'amélioration du syndrome dépressif
- il y a altération dans l'orientation et dans les fonctions intellectuelles
- le patient répond bien au traitement avec anti-dépresseurs ou électrochocs

pour la démence

- le trouble de mémoire est progressif et constant
- le patient cherche à nier son problème ou à le masquer par la fabulation

- le trouble de mémoire persiste et s'aggrave dans le temps
- il y a détérioration intellectuelle, désorientation progressive et quelquefois hallucinations.

B. Les instruments de mesure de la dépression chez l'agé

Bon nombre d'échelles existent pour mesurer la dépression: Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D), Zung Self-Rating Depression Scale (SDS), Beck Depression Inventory (BDI), Phenomena of Depression Scale, Grading Scale for Depressive Reactions, Psychiatric Judgment of Depression Scale, NIMH Collaborative Depression, Geriatric Depression Scale (GDS), SAD-GLAD, Verdum Depression Rating Scale, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), SCL-90 Profile of Mood States ainsi que le MMPI Depression Scale. Néanmoins, peu de ces tests ont été conçus originellement pour une population âgée et rares sont ceux qui ont été validés auprès de ce groupe d'âge (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey et Leirer, 1983). Selon Weiss, Nagel et Aronson (1986), il semble que ce soit le Geriatric Depression Scale (GDS) qui répond le plus adéquatement aux critères d'évaluation de la dépression chez l'agé.

Développé en 1983 par Yesavage et al., le GDS a été construit principalement pour mesurer la dépression au troisième âge. La validité ainsi que la fidélité de l'échelle auprès des aînés l'ont amené à être reconnu comme un instrument de choix pour évaluer la dépression chez les personnes vieillissantes (Bourque, Blanchard et Vézina, 1990; Dunn et Sacco, 1989; Olin, Schneider, Eaton, Zemansky et Pollock, 1992; Sheikh et Yesavage, 1986; Sheikh, Yesavage, Brooks, Friedman, Gratzinger, Hill, Zadeik et Crook, 1991; Yesavage et al., 1983; Zgourides, Spofford et Doppelt, 1989). Une étude sur la validation de la version française de l'échelle effectuée, par Bourque et al.(1990), révèle des caractéristiques psychométriques indiquant que cette traduction du GDS est valide et fidèle (consistance interne: Nouveau-Brunswick=0.84, Québec=0.89; test-retest: Nouveau-Brunswick=0.83, Québec=0.70).

Traduit en 12 langues, ce qui lui vaut d'être connu au niveau international, le GDS présente de nombreux avantages. En effet, comparé à d'autres échelles, telles que le BDI et le SDS, le GDS requiert moins d'effort cognitif pour les répondants (Norris et al., 1987). Le format simple "oui ou non" du questionnaire GDS est, de fait, plus aisé à compléter pour les âgés que le format à choix multiples du BDI et du

SDS. Dunn et Sacco (1989) ont pu observer que le GDS s'avère supérieur au SDS en ce qui concerne le nombre de réponses complétées par les sujets de leur étude. Le GDS permet également de discriminer les individus ne présentant pas de dépression de ceux affichant une dépression modérée ou majeure (Yesavage et al., 1983). De plus, étant libre d'items somatiques, le GDS facilite le diagnostic de dépression chez les personnes âgées (Bolla-Wilson et Bleecker, 1989; Gallagher, 1986) et ce, tant auprès des aînés en bonne santé que ceux souffrant de désordres physiques (Parmelee et Katz, 1990; Parmelee, Lawton et Katz, 1989; Sheikh et Yesavage, 1986; Yesavage et al., 1983). Parce que les personnes vieillissantes présentent davantage de problèmes somatiques et que ces problèmes nuisent à l'établissement d'un bon diagnostic de dépression, le GDS a exclu les questions reliées à ces désordres (Sheikh et al., 1991).

Bien qu'il s'avère être un bon instrument de mesure de la dépression gériatrique, le GDS présente certaines limites. L'une de ces faiblesses est qu'en tant qu'échelle d'auto-évaluation, il est restreint dans son utilisation aux individus coopératifs, lettrés et ne souffrant pas d'une condition qui engendre l'incompréhension ou la falsification des réponses (Brink, 1984). De Leo et Diekstra (1990)

soutiennent qu'une autre limite dans l'utilisation de ce test est reliée à la fidélité des réponses du sujet. Il arrive que certains individus dénie l'expérience d'affects ou de symptômes spécifiques. Ces auteurs précisent, de plus, que les réponses des personnes à une même question, par exemple: "Vous sentez-vous souvent déprimé?" peuvent varier d'un individu à l'autre, dans la mesure où chacun a sa propre interprétation du mot "déprimé".

C. Composantes dépressives et suicide au troisième âge

La dépression est considérée comme un facteur de risque dans les tentatives et les suicides de l'âge (Blazer et al., 1986; De Leo et Diekstra, 1990; Mishara, 1991). Selon Yesavage (1991), il apparaît que la dépression non diagnostiquée et non traitée serait la cause d'environ 20% des suicides chez les aînés. Nonobstant le fait que certains auteurs (De Leo et Diekstra, 1990; Norris et al., 1987; Osgood, 1987; Templer et Cappelletty, 1986) ont spécifié l'importance du traitement de la dépression comme moyen de prévention du suicide dans le vieil âge, peu d'études ont approfondi l'analyse des composantes dépressives en lien avec le suicide au troisième âge. Pour Sheikh et al. (1991), une analyse de la structure d'une échelle de dépression, telle que le Geriatric Depression

Scale (GDS), offre une image claire de la relation entre les items et permet au clinicien de comprendre les caractéristiques propres de la dépression de son client. Ces auteurs soulignent l'importance que des recherches s'intéressent à cette thématique, car peu d'études ont porté sur la structure de l'Échelle de Dépression Gériatrique (EDG).

L'isolement social et le suicide

A. Distinction entre isolement social et solitude

Fréquemment associés, l'isolement social et la solitude sont deux concepts distincts qu'il convient de définir. Selon Delisle (1987) et Zay (1981), l'isolement social se caractérise par la situation objective dans laquelle se trouve une personne qui est séparée de son entourage et de la société. Ce phénomène comporte, à la fois, des dimensions quantitative et qualitative. Quantitativement, l'isolement social rend compte du volume de relations sociales qu'a su développer l'individu ainsi que du nombre de rôles qu'il joue au sein de son milieu. Qualitativement, la personne est isolée lorsque des relations gratifiantes, c'est-à-dire des contacts qui renforcent son estime d'elle-même, sont manquantes (Delisle, 1987).

La solitude, quant à elle, réfère à une expérience émotionnelle à travers laquelle la personne se sent mise de côté d'un système de support comme la famille ou un cercle d'amis (Mullins, Johnson et Andersson, 1987). Abondant dans le même sens, Delisle (1987) souligne que le sentiment de solitude émane de l'état d'un individu qui souffre de l'absence de relations sociales spécifiques. La solitude n'est donc pas synonyme d'être seul et peut apparaître en présence ou en l'absence de contacts sociaux (Mc Whirter, 1990). Pour Hannoun (1991), l'isolement n'est pas en soi un facteur de solitude. Ainsi, le fait de vivre seul n'engendre pas automatiquement le sentiment de solitude (Delisle, 1987; Hannoun, 1991; Mellor et Edelman, 1988).

Bien que la solitude puisse être essentielle au développement et au maintien du sens de l'identité propre à chaque personne (Laberge, 1990; Meyer, 1976), Mc Whirter (1990) rapporte que le sentiment de la solitude est toujours une expression de détresse. Il serait l'une des dispositions d'esprit dans laquelle on songe le plus fréquemment à se donner la mort (Quinnett, 1989). Delisle (1987) affirme qu'en elle-même la solitude n'est ni douloureuse, ni bienfaisante. C'est la manière dont elle est vécue qui peut la rendre heureuse ou malheureuse. Pour sa part, Meyer (1976) précise

qu'il existe deux formes de solitude. La première est la solitude que l'on nomme "esseulement", c'est-à-dire celle qui est à l'origine d'une émotion de tristesse et de nostalgie que l'individu ressent lorsque ses besoins d'entrer en contact avec autrui sont frustrés. La seconde est la solitude constructive qui est la contrepartie de l'esseulement. Il s'agit, dans ce dernier cas, d'un état de solitude caractérisé par des émotions de sérénité et de contemplation.

Néanmoins, une certaine quantité de rapports sociaux semble nécessaire à l'individu pour éviter qu'il se sente seul (Delisle, 1987). L'auteur soutient que cette quantité varie en fonction du contexte dans lequel évolue chaque personne, mais que d'une manière générale, il est possible de prétendre qu'elle soit inversement proportionnelle à la qualité des relations entretenues. De plus, l'auteur affirme que les personnes possédant de nombreuses relations sociales tentent de conserver le même mode de vie avec l'avance en âge, alors que celles socialement isolées ont tendance à le demeurer. Il apparaît que l'isolement social des aînés d'aujourd'hui ait un lien avec le fait qu'ils ne sont pas soumis au même rythme de vie (ex: marché du travail) que les membres des autres générations, ne résident pas avec leurs descendants et ne pratiquent pas les mêmes activités (Delisle, 1987). Abondant

dans le même sens, Hannoun (1991) souligne qu'en dépit de l'absence de famille, sa taille réduite et sa dispersion géographique peuvent contribuer à renforcer le sentiment de solitude des personnes vieillissantes.

Lorsque l'isolement social est mesuré exclusivement par la quantité de contacts sociaux, il est difficile de saisir l'ampleur du phénomène de la solitude dans la population, et en particulier celle des âgés. L'isolement social étant souvent lié au vieil âge, cet indicateur ne peut rendre compte de la qualité des relations, ni de leur importance pour la vie affective des personnes (Delisle, 1987).

B. L'isolement social des aînés dans la société actuelle

L'avènement de l'industrialisation et de la technologie moderne a transformé les mœurs et a apporté plusieurs effets bénéfiques dans la population, mais il a également eu un impact négatif sur les relations familiales. Par exemple, le fait que les générations ne vivent souvent plus sous le même toit et demeurent fréquemment dans des villes éloignées ainsi qu'une forme de déshumanisation associée à la bureaucratie de l'état, telle l'utilisation de numéros à la place du nom de la personne, poussent les gens à se sentir traités comme des

objets et à vivre une perte d'identité (Meyer, 1976). Delisle (1987) soutient qu'il existe un lien entre l'industrialisation et les processus sociaux qui sont à l'origine de la solitude des personnes âgées. Selon lui, les gens âgés sont physiquement et socialement plus isolés que leurs descendants.

L'auteur explique que l'importance qu'accordent les Québécois âgés contemporains aux relations intra-générationnelles, c'est-à-dire aux relations entre les membres d'une même cohorte, est à la source de l'isolement social et du sentiment de solitude dont ils peuvent souffrir. Ceci viendrait du fait qu'ils tendent à se refermer sur eux-mêmes et à avoir peu d'activités communes avec les membres des différentes générations, plutôt qu'à développer des liens inter-générationnels qui favoriseraient une ouverture et un échange avec des individus appartenant à des cohortes différentes.

Pour sa part, Meyer (1976) souligne qu'un des aspects qui justifie l'augmentation de l'isolement social est le changement survenu au niveau de la structure familiale, à savoir l'effet de la dé-cohabitation des générations, de la baisse du nombre d'enfants et de leur éloignement.

Tableau 3

Pourcentage d'hommes et de femmes
âgés de 65 ans et plus en fonction
de leur état civil pour l'année 1986

État civil	Hommes	Femmes
Marié(e)s	75%	38%
Célibataires	9%	14%
Veufs(ves)	14%	47%

(Source: Gauthier et Duchesne, 1991)

Quoiqu'il en soit, il apparaît que l'isolement social qui croît avec l'âge s'est aggravé depuis un quart de siècle (Carette, 1992). De fait, en 1961, 8% des personnes âgées vivaient seules en regard de 23% en 1986. Ainsi, en 1986, près d'un âgé sur quatre vit seul. De ce nombre, seulement 12% des hommes vivent seuls comparativement à 30% des femmes. Les femmes âgées sont plus solitaires physiquement parlant que les hommes (Delisle, 1987). Ce phénomène est attribuable au fait que les femmes sont beaucoup plus souvent veuves en raison de leur espérance de vie plus longue et de l'écart d'âge entre les époux (Gauthier et Duchesne, 1991; Hannoun, 1991).

Comme le note Carette (1992), le vieillissement renforce l'isolement, et ce, surtout chez les femmes. Le tableau 3 rend bien compte de cette tendance.

C. La solitude chez l'agé

La culture occidentale nous renvoie une image peu réjouissante du troisième âge. Le vieil âge faisant communément référence à l'ennui, la solitude ainsi qu'au manque d'intégration des personnes âgées au sein de la société. Delisle (1987) se demande si, dès lors, l'on peut s'attendre à ce qu'avec l'avance en âge les personnes soient irrémédiablement contraintes à la solitude?

Selon Delisle (1987), les gens âgés passent de longs moments seuls et sont plus souvent confinés à leur chez-soi, ceci pouvant les condamner à la solitude. Bien qu'une majorité de gens du troisième âge vivent harmonieusement cette étape de la vie, plusieurs facteurs contribuent à l'expérience de la solitude dans le vieil âge. Des facteurs tels que des problèmes de santé, une perte d'autonomie, la mise à la retraite, le veuvage, la discrimination à l'égard des personnes âgées (âgisme) tendent à engendrer l'isolement et la solitude chez l'agé (Hannoun, 1991; Natale, 1986). Pour Mellor

et Edelman (1988) et Rokach (1989), la perte d'un confident ou d'une personne significative ainsi qu'un réseau de support social inadéquat sont les causes les plus fréquemment rapportées. De plus, il semble qu'une personnalité timide et introvertie, possédant une faible estime de soi soit davantage vulnérable à la solitude (Mullins et al., 1987). Selon Ouellet et Joshi (1987), le sentiment de solitude et la faible estime de soi sont à la fois cause et conséquence l'un de l'autre. Une faible estime de soi peut rendre les gens sensibles à la solitude, ce qui en retour peut influencer l'estime de soi.

Pour De Leo et Diekstra (1990), la perte de support social n'est pas seulement un problème psycho-social lié au sentiment de solitude qui affecte le bien-être des personnes âgées, elle est aussi un co-facteur qui aura un impact sur la manière dont l'agé surmontera tous les autres événements propres à cette étape de la vie. Abondant dans le même sens, Cappeliez (1988) soutient que les ressources de la personne (soutien social, estime de soi, revenus, santé, etc) jouent un rôle de protection face au stress et contribuent, dans un même temps, à diminuer l'apparition d'affects dépressifs chez l'ainé. De fait, Krause (1991) a pu constater que les âgés n'ayant pas de relations intimes sont plus à risque face au développement d'une dépression que ceux qui ont su maintenir

des liens significatifs. En plus d'augmenter la vulnérabilité à la dépression (Cappeliez, 1991) et au suicide (Bock, 1972), la solitude paralyse et rend les gens apathiques (Delisle, 1987).

Bien qu'aucune relation significative ne peut, à elle seule, empêcher un individu de mettre fin à ses jours, la présence d'un confident peut être grandement aidante dans la prévention du suicide d'un âgé (Bock, 1972). Selon cet auteur, le taux élevé de suicide chez la population âgée, et particulièrement pour les hommes, peut être interprété comme ayant un lien avec leur isolement. Il en va ainsi des conjoints âgés qui dépendent uniquement de leur mariage et qui avec le décès du conjoint se retrouve sans relation significative. Il apparaît que ces veufs sont plus vulnérables face au suicide que ceux qui ont su développer des liens d'amitié à l'extérieur du mariage.

La satisfaction émotionnelle au sein des relations avec l'entourage s'avère donc une composante importante du bien-être psychologique et spécifiquement dans la diminution du sentiment de solitude des aînés (Mullins et al., 1987). Pour plusieurs auteurs (Duff et Hong, 1982; Landreville, Bouchard et Vézina, 1988; Mellor et Edelman, 1988), ce n'est pas tant

le nombre, ni la fréquence d'interactions sociales qui prévient la solitude au troisième âge, mais bien plutôt la qualité des relations sociales qui, elle, a un effet sur la satisfaction de vie des personnes vieillissantes.

Hypothèses

À la lumière des différentes études recensées dans ce chapitre, il ressort qu'une mauvaise adaptation à des événements stressants comme la mise à la retraite, une perte d'autonomie et le veuvage sont des facteurs de risque de suicide au troisième âge. Il est intéressant de constater que ces trois situations peuvent provoquer l'apparition d'affects dépressifs et amener l'isolement chez l'agé en entraînant, chez ce dernier, un retrait de son environnement social et en l'incitant à penser à mettre fin à ses jours pour soulager sa détresse.

S'appuyant donc sur la synthèse des écrits, la présente recherche se veut une exploration de l'isolement et de la dépression comme facteurs de risque de suicide chez une population de retraités en comparant les sujets suicidaires avec les non suicidaires. Elle a pour objectif, d'une part, de décrire les principales composantes dépressives chez des

sujets âgés suicidaires et non suicidaires et de considérer, d'autre part, les éléments quantitatifs et qualitatifs de l'isolement social en regard de la gravité des tendances suicidaires chez ces retraités.

S'inspirant de ce qui a été dit précédemment, les trois hypothèses suivantes seront examinées:

1. Les retraités suicidaires sont plus déprimés que les retraités non suicidaires.
2. Les retraités suicidaires sont plus isolés socialement que les retraités non suicidaires.
3. La qualité des relations sociales est significativement moindre chez les retraités suicidaires que chez les retraités non suicidaires.

Tenant compte des variables indépendantes, les sujets seront classés en deux catégories selon qu'ils soient suicidaires ou non. La première catégorie sera composée des retraités non suicidaires et la seconde, des retraités suicidaires. De plus, le Questionnaire d'enquête sur l'adaptation à la retraite (voir appendice A) construit par

les chercheuses de l'étude sur l'identification des comportements suicidaires chez les personnes âgées vivant dans la communauté servira d'instrument de mesure pour évaluer les variables dépendantes du présent mémoire, soient la dépression et l'isolement social.

Chapitre II
Méthodologie

Ce deuxième chapitre a pour objectif de présenter la méthodologie ayant permis la réalisation de l'étude sur l'identification des facteurs de risque de suicide chez les aînés. Tour à tour seront abordés la description de l'échantillon, le matériel utilisé et le déroulement de l'expérience.

Population d'étude

Nos sujets proviennent de la population d'étude évaluée par Lapierre, Pronovost, Dubé et Delisle (1992) dans le cadre de la recherche sur l'identification des comportements suicidaires chez l'agé vivant dans la communauté. Les sujets ayant participé à leur étude sont tous de sexe masculin et âgés de 55 à 72 ans ($M=60,8$, $E.T.=6,3$). Ils sont retraités depuis un à cinq ans, ne détiennent pas d'emploi à temps partiel et ne reçoivent pas de prestations d'assurance-chômage. Le critère de sélection principal de leur recherche était la difficulté d'adaptation des hommes à la retraite.

Les âgés de leur échantillon proviennent de différentes associations de retraite, d'institutions gouvernementales,

d'entreprises privées et de centres communautaires des régions de Trois-Rivières, de Shawinigan et de Hull. Une liste des membres a été fournie par les responsables de ces regroupements. De plus, une publicité dans les quotidiens locaux a permis de recruter d'autres candidats. Tous les participants ont été invités à collaborer à l'étude sur une base volontaire et confidentielle.

Une entrevue téléphonique a permis de dépister les individus présentant des antécédents psychiatriques et des problèmes cognitifs de manière à ce qu'ils soient exclus de l'échantillon. Un total de cinq cent treize (513) personnes ont ainsi été contactées par téléphone. De ce nombre, cent vingt-quatre (124) retraités ont été retenus, les autres ne répondant pas aux critères de sélection à cause d'un état de santé trop détérioré, n'étant pas disponibles ou refusant tout simplement de participer à la recherche. Une partie de cet échantillon provient de la région de l'Outaouais (N=57), alors que le reste des candidats demeurent dans la région Tri fluvienne (N=67). Un fort pourcentage (93,5%) des participants résident en milieu urbain.

Tableau 4
Répartition des sujets de la population d'étude
en fonction de leur état civil

Etat civil	N	%
Marié	100	80,6
Célibataire	1	0,8
Veuf	11	8,9
Séparé - Divorcé	8	6,5
Conjoint de fait	4	3,2

Le tableau 4 présente la répartition des sujets selon leur état civil. On peut observer le nombre important d'hommes mariés parmi l'ensemble de leur échantillon.

Instrument de mesure

Le Questionnaire d'enquête sur l'adaptation à la retraite (voir appendice A) a servi d'instrument de mesure pour la présente recherche. Ce questionnaire se divise en six parties. La première partie est constituée de 11 questions socio-démographiques (questions 1 à 11) renseignant sur l'identification du répondant et sur son statut socio-

économique. La seconde partie comporte cinq questions (questions 12 à 16) ayant trait aux attitudes du sujet face à la retraite. La question 12 (items 1 à 33) est inspiré du questionnaire "Passages de la vie active à la retraite" élaboré par la Fondation Nationale de Gériatologie sous la direction de Paul Paillat (1989) et a été adapté par Lapierre (1991). Ce questionnaire, utilisé habituellement auprès d'une population de pré-retraités est employé, dans le contexte de la présente recherche, avec des âgés déjà retraités. Cet instrument nous informe sur l'attitude neutre, positive ou négative que vit le répondant par rapport à sa retraite. La partie suivante se compose de 13 questions (questions 17 à 29) sur l'état de santé du retraité. Viennent ensuite huit questions (questions 30 à 37) concernant l'aspect social et occupationnel. La cinquième partie (questions 38, items 1 à 30) comporte une échelle de dépression composée de 30 items: l'échelle de Dépression Gériatrique (EDG). La description de l'instrument de mesure et de sa valeur métrologique a été énoncée aux pages 42 et 43.

Cet instrument d'auto-évaluation mesure les manifestations qui caractérisent plus particulièrement la dépression gériatrique. Elle est une traduction française de Bourque et al., (1990) du Geriatric Depression Scale (GDS)

construit par Yesavage et al. en 1983. Vingt des 30 items indiquent la présence de dépression lorsque le répondant donne une réponse positive, tandis que les dix autres items (1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 et 30) désignent la présence de dépression lorsque le sujet donne une réponse négative. Pour chaque question, le répondant doit inscrire si "oui" ou "non" l'énoncé correspond à l'état dans lequel il se sentait la semaine précédente. Un score variant de 0 à 10 révèle une absence de dépression, de 11 à 20 un état légèrement dépressif et de 21 à 30, un état modérément ou gravement dépressif.

Finalement, la dernière partie du Questionnaire d'enquête sur l'adaptation à la retraite, élaborée par Lapierre, Pronovost, Dubé et Delisle (1991), est constituée de 11 questions (questions 39 à 50) traitant de l'attitude des sujets face à la vie, la mort et le suicide. Elle permet de recueillir les réflexions des répondants sur la mort, leur opinion sur ceux qui décident de mettre fin à leurs jours, les situations qui leur font croire que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, la gravité du potentiel suicidaire (idéation, planification), les réactions des personnes avec qui ils ont partagé leurs intentions suicidaires, ainsi que les raisons qui pourraient empêcher ou provoquer le passage à l'acte. S'inspirant du modèle théorique de Phaneuf et Séguin

(1987) qui décrit le processus suicidaire en cinq phases, les auteurs ont utilisé cinq des questions pour évaluer la gravité des tendances suicidaires des retraités de leur échantillon. Les pondérations suivantes ont été attribuées:

Question 42: Vous est-il déjà arrivé de penser que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue? = 2 points

Question 44a: Est-ce que l'idée de mettre fin à vos jours vous a déjà effleuré l'esprit? (Sérieux de l'idéation) = 3 points

Question 44e: Cette idée vous habite-t-elle encore actuellement? = 10 points

Question 44f: Avez-vous imaginé des plans ou des moyens de suicide? = 8 points

Question 48: Y a-t-il des raisons qui pourraient vous inciter à penser à mettre fin à vos jours (perte d'autonomie physique, de lucidité) = 1 point

À partir de ces questions, les sujets n'ayant présentement ou antérieurement jamais pensé sérieusement au suicide ont été classés, par les auteures, dans le groupe "non suicidaire"; leur potentiel est égal à zéro. Ceux qui obtenaient une cote égale ou supérieure à un étaient classés dans le groupe "suicidaire". En vertu de ces critères, leur population d'étude se répartissait ainsi:

Groupe 1 (non suicidaires): 47% (N=58/124)

Groupe 2 (suicidaires): 53% (N=66/124)

Constatant la très forte proportion de retraités classés dans la catégorie "suicidaires", il nous a semblé pertinent de revoir les critères d'évaluation du potentiel suicidaire des sujets. Il nous apparaît que les questions 42 (Vous est-il déjà arrivé de penser que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue? = 2 points) et 48 (Y a-t-il des raisons qui pourraient vous inciter à penser à mettre fin à vos jours (perte d'autonomie physique, de lucidité) = 1 point), chacune étant prise isolément ou les deux étant combinées, ne doivent pas être retenues pour classer les sujets comme étant suicidaires, puisqu'elles leur demandent seulement d'émettre une opinion sur un événement passé ou susceptible de se produire. Conséquemment, nous avons ajusté la pondération de

la façon suivante: les sujets obtenant une cote de zéro sont classés non suicidaires, alors que ceux possédant une cote de trois ou plus sont classés dans le groupe suicidaire. Ainsi, 32 sujets classés comme suicidaires dans l'étude initiale ont été éliminés de ce groupe. En vertu des nouveaux critères retenus, notre population d'étude se répartit finalement comme suit:

Groupe 1 (non suicidaires): 63% (N=58/92)

Groupe 2 (suicidaires): 37% (N=34/92)

Déroulement de l'expérience

Chacun des participants a été contacté par téléphone, afin que soit fixé un rendez-vous pour la passation du questionnaire. Les rencontres, d'environ deux heures, se déroulaient individuellement au domicile du retraité ou au Laboratoire de Gériatrie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Quatre étudiants, ayant reçu une formation identique préalable sur l'instrument de mesure, ont rencontré un nombre à peu près égal de sujets. Ces expérimentateurs, tous en dernière année au baccalauréat en psychologie, possédaient les

techniques de base en relation d'aide qui leur permettaient d'amasser des informations cliniques pertinentes et d'assurer un soutien thérapeutique lors de problématiques soulevées par l'expérimentation. Ces étudiants devaient également noter toutes les manifestations d'indices et messages suicidaires d'ordre verbal, comportemental et situationnel observés chez les sujets. Une liste de ces indices fut fournie à chacun (voir appendice A).

De plus, de manière à répondre aux normes éthiques, la dernière question de l'instrument de mesure a trait au désir de chaque sujet de recevoir de l'aide pour surmonter ses difficultés actuelles. Aucun retraité n'a manifesté ce désir. Cependant, des rencontres ont été prévues avec trois sujets de l'étude présentant des problèmes particuliers. À ce moment, les chercheures, psychologues de profession, ont supervisé les expérimentateurs.

Chapitre III

Analyse des résultats

Ce chapitre se compose essentiellement de l'analyse des résultats. La première partie présente les analyses statistiques utilisées afin d'étudier les résultats concernant les variables principales de ce mémoire, soient la dépression et l'isolement social. Alors que la seconde partie porte une attention aux analyses des résultats, à partir de la vérification de chacune des hypothèses et des analyses complémentaires.

Analyses statistiques

Suite à l'examen de la normalité des répartitions des scores subséquent aux distributions de fréquence, différentes analyses statistiques ont été choisies afin de vérifier les trois hypothèses de la présente recherche et de décrire les composantes dépressives en regard de la gravité des tendances suicidaires chez les sujets de l'échantillon.

Il importe de prime abord de souligner les quelques modifications apportées aux choix de réponses des sujets aux questions 31 et 35 du Questionnaire d'enquête sur l'adaptation à la retraite (voir appendice A). Ces changements visant à

rendre, avec plus de discernement, l'interprétation des résultats. À la question 31, portant sur la fréquence des contacts avec les membres de la famille, nous avons ramené les réponses des sujets à une codification en trois catégories soient "trop grande", "suffisante" et "aucun contact" en regroupant les catégories "insuffisante" et "trop grande" en raison de leur caractère négatif. De même à la question 35, les réponses des sujets ont été recodifiées de façon à tenir compte simplement de la présence ou de l'absence de confident, et ce, étant donné la distribution des réponses au travers des différentes catégories de confident.

Des analyses de différence de moyennes et de différence de distributions (test-t et chi-carré) permettront de vérifier la présence ou l'absence de différences significatives entre le groupe de retraités non suicidaires et le groupe de retraités suicidaires au niveau des variables portant sur les réponses des sujets à l'Échelle de Dépression Gériatrique (ÉDG), sur le nombre de membres de la famille, sur le nombre d'amis ainsi que sur la présence de confident. À partir de ces analyses statistiques, il sera possible de vérifier les deux premières hypothèses, à savoir, d'une part, que les retraités suicidaires sont plus déprimés que les retraités non suicidaires et que, d'autre part, les retraités suicidaires

sont plus isolés socialement que les retraités non suicidaires.

De plus, en vue d'évaluer l'aspect qualitatif de l'isolement social, nous avons fait la somme des réponses aux questions 32, 34 et 37. Cette somme offrant un aperçu général de la satisfaction des sujets quant à leurs relations familiales, à leurs relations avec les amis et à leur participation aux activités sociales. En raison d'une distribution asymétrique des scores à cette échelle, une analyse non paramétrique (U de Mann-Withney) sera utilisée afin de comparer le groupe des retraités non suicidaires et le groupe des retraités suicidaires. Des analyses de différence de distributions (chi-carré) permettront également d'observer la présence ou l'absence d'une différence significative entre les deux groupes quant à leur satisfaction face à la fréquence des contacts qu'ils entretiennent avec leur famille. L'ensemble de ces analyses viendra donc vérifier la troisième hypothèse, à savoir que la qualité des relations sociales est moindre chez les retraités suicidaires que chez les retraités non suicidaires.

Des analyses complémentaires (chi-carré) sur chacun des items de l'échelle de Dépression Gériatrique permettront de

faire ressortir les principales composantes dépressives spécifiques aux sujets suicidaires en comparant leurs réponses à celles des sujets non suicidaires. Enfin, pour faire suite à une étude effectuée par Sheikh et al. (1991) qui à l'aide d'une analyse factorielle rapportent que cinq facteurs principaux se dégagent du Geriatric Depression Scale, nous avons procédé à une analyse statistique non paramétrique (U de Mann-Withney) permettant de vérifier si les retraités suicidaires s'avèrent identiques aux retraités non suicidaires en regard de ces facteurs. Les auteurs définissent ces facteurs de la façon suivante:

- Facteur 1: L'humeur dépressive est le reflet d'émotion de tristesse et de pessimisme face à l'avenir.
(items: 8, 6, 23, 13, 16, 18, 10, 25, 22)
- Facteur 2: Le manque d'énergie désigne une baisse de l'énergie mentale et physique.
(items: 29, 20, 21, 30, 26, 2)
- Facteur 3: L'humeur positive réfère à une attitude optimiste face à l'avenir et à des émotions de bien-être.
(items: 15, 27, 9, 5, 7, 19)

- Facteur 4: L'agitation décrit les émotions d'anxiété et d'impatience ressenties par le répondant.
(items: 24, 11, 4)
- Facteur 5: Le retrait social fait référence à l'isolement social.
(items: 12, 28)

Les items 1, 3, 14 et 17 n'ayant été regroupés sous aucun facteur.

Les auteurs de cette étude soulignent que de telles analyses permettent d'apporter une meilleure compréhension de la relation entre les items de l'échelle et font ressortir les caractéristiques propres de la dépression des répondants.

Résultats

Analyses et vérification des hypothèses

Des analyses de différence de moyennes (test t) montrent une différence significative entre les deux groupes de sujets quant à leurs réponses à l'échelle de Dépression Gériatrique. Les résultats permettent d'observer que les retraités

suicidaires apparaissent plus déprimés que les retraités non suicidaires. La première hypothèse, les retraités suicidaires sont plus déprimés que les retraités non suicidaires, s'avère donc vérifiée par ces résultats.

D'autres tests t ne mettent en évidence aucune différence significative entre le groupe de retraités non suicidaires et le groupe de retraités suicidaires quant aux variables portant sur le nombre de membres qui composent leur famille et le nombre d'amis qu'ils possèdent. De même, des analyses du chi-carré ne montrent aucune différence significative entre les deux groupes de sujets quant à la variable présence d'un confident, et ce, en dépit du fait que 31,0% (n=18/58) des sujets non suicidaires soulignent ne pas avoir de confident comparativement à 17,6% (n=6/34) des sujets suicidaires. Il convient de noter également que dix sujets de l'échantillon mentionnent ne pas avoir d'amis. Parmi ceux-ci, six sont des retraités non suicidaires, alors que quatre sont des retraités suicidaires. L'ensemble de ces analyses ne permet pas de confirmer la deuxième hypothèse, à savoir que les retraités suicidaires sont plus isolés socialement que les retraités non suicidaires. Le tableau 5 présente les résultats des analyses aux deux premières hypothèses.

Tableau 5

Analyses (test-t et chi-carré) pour le groupe non suicidaire (groupe 1) et le groupe suicidaire (groupe 2) en fonction des variables EDG, membres de la famille, amis et confident

Variabiles	Groupe	M	dl	t	X ²	p
EDG	1(N=58)	3,83	46,01	4,46		.000
	2(N=34)	8,74				
Membres de la famille (nombre)	1(N=58)	18,57	64,50	1,17		n.s.
	2(N=34)	20,68				
Amis (nombre)	1(N=52)	6,34	60,37	.04		n.s.
	2(N=30)	6,40				
Confident (présence)	1(N=58)		1		2,07	n.s.
	2(N=34)					

D'autre part, bien que l'analyse non paramétrique de Mann-Withney indique l'absence de différence significative entre les retraités non suicidaires et les retraités suicidaires en regard de leur satisfaction face à leurs relations familiales, à leurs relations avec les amis ainsi qu'à leur participation aux activités sociales, les résultats laissent voir une tendance chez les retraités suicidaires à

vivre plus d'insatisfaction que les retraités non suicidaires. De plus, les analyses du chi-carré font ressortir une différence significative entre les deux groupes de sujets quant à leur satisfaction face à la fréquence des contacts avec la famille. De fait, en dépit qu'un fort pourcentage (64,7%) de retraités suicidaires sont satisfaits de la fréquence des contacts qu'ils entretiennent avec les membres de leur famille, les résultats montrent qu'un nombre considérable (n=12, 35,3%) de ceux-ci semblent insatisfaits de la fréquence de ces contacts. L'insatisfaction de ces sujets suicidaires ne semblent, toutefois, pas se manifester en rapport aux autres variables concernant l'aspect qualitatif de l'isolement social, puisqu'aucune différence significative n'a été observée.

Les résultats de ces analyses confirment donc partiellement la troisième hypothèse, à savoir que la qualité des relations sociales est significativement moindre chez les retraités suicidaires que chez les retraités non suicidaires. Le tableau 6 rend compte des résultats à ces analyses.

Tableau 6

Analyses (U de Mann-Withney et chi-carré) pour le groupe non suicidaire (groupe 1) et le groupe suicidaire (groupe 2) en fonction des variables satisfaction des relations familiales, des relations d'amitiés, des activités sociales et de la fréquence des contacts avec la famille

Variables	Groupe	M	dl	U	X ²	p
Satisfaction (relations familiales, amis, acti- vités socia- les)	1(N=58)	49,30		823,5		.086
	2(N=34)	41,72				
Satisfaction (fréquence des contacts avec famille)	1(N=58)		1		4,62	.031
	2(N=34)					

Analyses complémentaires

Les résultats de l'analyse statistique non paramétrique (U de Mann-Withney) utilisée afin de comparer les sujets suicidaires et les non suicidaires en regard des cinq facteurs proposés par une étude factorielle de Sheikh et al. (1991) démontrent que les retraités suicidaires sont significativement différents des retraités non suicidaires en rapport à quatre facteurs (facteur 1: humeur dépressive;

Tableau 7

Analyse complémentaire (U de Mann-Whitney) pour le groupe non suicidaire (groupe 1) et le groupe suicidaire (groupe 2) en fonction des facteurs humeur dépressive, manque d'énergie, humeur positive, agitation et retrait social

Facteurs	Groupe	M	dl	U	p
1. Humeur dépressive	1	39,69	2	3,36	.000
	2	58,12			
2. Manque d'énergie	1	37,34	2	4,48	.000
	2	62,12			
3. Humeur positive	1	40,20	2	3,17	.002
	2	57,25			
4. Agitation	1	42,48	2	2,05	.04
	2	53,35			
5. Retrait social	1	44,56	2	1,01	n.s.
	2	49,81			

facteur 2: manque d'énergie; facteur 3: humeur positive; facteur 4: agitation) et qu'ils apparaissent relativement identiques aux sujets non suicidaires en rapport au cinquième facteur (retrait social). Ainsi, les retraités suicidaires présentent une humeur dépressive plus grande, manquent plus d'énergie, ont une moins grande humeur positive et sont davantage anxieux que les retraités non suicidaires. Les

sujets suicidaires ne sont, toutefois, pas plus isolés socialement que les sujets non suicidaires. Le tableau 7 expose les résultats obtenus par les deux groupes de sujets à ces cinq facteurs.

Finalement, des analyses statistiques (chi-carré) sur chaque item de l'Échelle de Dépression Gériatrique ont permis de comparer les réponses des retraités suicidaires à celles des retraités non suicidaires. Ainsi, les retraités suicidaires obtiennent des moyennes significativement différentes des retraités non suicidaires à 14 items:

1. Êtes-vous fondamentalement satisfait(e) de la vie que vous menez?
3. Est-ce que vous sentez un vide dans votre vie?
6. Êtes-vous préoccupé(e) par des pensées dont vous n'arrivez pas à vous défaire?
7. Avez-vous la plupart du temps un bon moral?
9. Êtes-vous heureux/heureuse la plupart du temps?
10. Éprouvez-vous souvent un sentiment d'impuissance?
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à l'époque actuelle?

- 16. Vous sentez-vous souvent triste et déprimé(e)?
- 17. Vous sentez-vous plutôt inutile dans votre état actuel?
- 19. Trouvez-vous la vie très excitante?
- 20. Avez-vous de la difficulté à entreprendre de nouveaux projets?
- 21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie?
- 26. Avez-vous de la difficulté à vous concentrer?
- 30. Vos pensées sont-elles aussi claires que par le passé?

Le tableau 8 présente les pourcentages et chi-carré obtenus par les deux groupes de sujets à chacun des 14 items. Sept de ces items (1, 7, 9, 15, 19, 21 et 30) réfèrent à des affects dépressifs lorsque le sujet donne une réponse négative, tandis que les sept autres items (3, 6, 10, 16, 17, 20 et 26) indiquent la présence de dépression lorsque le répondant donne une réponse positive. Des analyses statistiques effectuées, à titre exploratoire, sur la validité de l'échelle permettent de constater que celle-ci possède une très bonne consistance interne puisque l'alpha de Cronbach se situe à 0,86.

Tableau 8

Pourcentages et χ^2 obtenus par le groupe non suicidaire
(groupe 1) et le groupe suicidaire (groupe 2)
à quatorze des items de l'EDG

Items abrégés	Oui		<u>χ^2</u>	dl	p
	Gr.1	Gr.2			
1. Satisfait de la vie	96,6	76,5	8,76	1	.003
3. Vide dans la vie	13,8	41,2	8,61	1	.003
6. Préoccupé par pensées	15,5	44,1	8,88	1	.003
7. Bon moral la plupart du temps	96,6	82,4	5,27	1	.02
9. Heureux la plupart du temps	98,3	82,4	7,72	1	.005
10. Sentiment d'impuissance	20,7	44,1	5,56	1	.02
15. Merveilleux vivre époque actuelle	84,5	58,8	7,34	1	.007
16. Souvent triste et déprimé	5,2	23,5	6,64	1	.009
17. Se sent inutile dans état actuel	5,2	26,5	8,33	1	.004
19. Trouve vie très excitante	72,4	47,1	5,86	1	.02

Tableau 8 (suite)

Pourcentages et χ^2 obtenus par le groupe non suicidaire (groupe 1) et le groupe suicidaire (groupe 2) à quatorze des items de l'EDG

Items abrégés	Oui		χ^2	dl	p
	Gr.1	Gr.2			
20. Difficulté à entreprendre de nouveaux projets	10,3	32,4	6,67	1	.009
21. Se sent plein d'énergie	89,7	50,0	17,75	1	.000
26. Difficulté à vs concentrer	19,0	41,2	5,22	1	.02
30. Pensées aussi claires que par le passé	94,7	73,5	8,16	1	.004

Des pourcentages, nous pouvons observer que les retraités suicidaires affichent la présence de symptômes dépressifs à chacun des 14 items, contrairement aux retraités non suicidaires. Si l'on regroupe ces items selon les cinq facteurs précédemment cités, il est intéressant de remarquer que l'ensemble des items réfèrent à trois facteurs principaux, soient l'humeur dépressive (items 6, 10 et 16), le manque d'énergie (items 20, 21, 26 et 30) et l'humeur positive (items 7, 9, 15 et 19). Cependant, des analyses statistiques

concernant la validité de ces facteurs en rapport à notre échantillon, nous amène à considérer que seuls deux facteurs (humeur dépressive: consistance interne = 0,72 et humeur positive: consistance interne = 0,71) peuvent servir à expliquer ces items. L'alpha de Cronbach (0,51) du facteur "manque d'énergie" étant trop faible pour appuyer une telle interprétation. Les sept énoncés restants pouvant, selon nous, être groupés en deux autres facteurs. Les items 1, 3 et 17 se rapportent à un sentiment d'insatisfaction face à la vie et les items 20, 21, 26 et 30 portent sur un ralentissement physique et intellectuel.

Chapitre IV

Discussion des résultats

Ce dernier chapitre portant sur la discussion des résultats tente de les interpréter en regard de la documentation consultée. Il propose d'apporter une certaine compréhension aux résultats ayant permis de vérifier chacune des hypothèses du présent mémoire.

Interprétation des résultats

Vérification des hypothèses

A. Première hypothèse: la dépression

Les résultats aux analyses de différences de moyenne (test-t) ont permis de confirmer la première hypothèse en rendant compte d'une manière significative ($p < .000$) que les retraités suicidaires sont plus déprimés que les retraités non suicidaires. Treize sujets, soit 14,1% de notre population d'étude manifestent des affects légèrement dépressifs et un sujet, soit 1,1%, affiche des symptômes de dépression sévère. Parmi ces sujets, 6,9 % ($n=4$) sont des retraités non suicidaires, alors que 29,4% ($n=10$) sont des retraités suicidaires. Il est intéressant de noter qu'un fort

pourcentage (70,6%) des sujets suicidaires ne sont pas dépressifs. Cette proportion importante pourrait peut-être soutenir l'hypothèse théorique du suicide dit rationnel chez les aînés. Templer et Cappelletty (1986) mentionnent que le suicide chez les personnes âgées est plus rationnel et moins émotif que chez les plus jeunes. Il s'avère donc pertinent de se questionner sur des thèmes comme le droit au suicide, le suicide assisté ainsi que l'euthanasie. Le respect de la liberté de chaque individu va-t-il jusqu'à légitimer le moment et la manière de son propre décès? A-t-on le droit de contraindre une personne à un traitement lorsque cette dernière s'y oppose? En vertu de quelles qualités de la vie humaine doit-on préserver celle-ci? Peut-on, d'un point de vue moral, mettre un terme à la vie d'une personne?

Par ailleurs, ces pourcentages sont différents de ceux rapportés dans la documentation. Victoroff, en 1984, soutenait qu'environ 30% de personnes de 65 ans et plus souffraient de dépression. Bien que son étude porte sur une population âgée de 65 ans et plus, il est difficile toutefois de comparer nos pourcentages à ceux de cet auteur, car aucune information est donnée sur les critères de sélection de son échantillon ainsi que sur les instruments de mesure utilisés pour évaluer la dépression.

Lorsque les données du présent mémoire sont comparées à d'autres recherches, notre population semble souffrir d'une dépression moins sévère que ceux de ces études. Nos résultats sont ainsi moins élevés que ceux proposés par Cappeliez (1988) qui fait état qu'entre 10 et 15% des âgés de plus de 65 ans affichent des symptômes dépressifs allant de modérés à sévères et qu'entre 20 et 25% présentent de la dysphorie (insatisfaction, morosité, manque d'intérêt). Il en va de même par rapport aux données établies par Copeland et al. (1987) qui avancent que 11,3% des aînés de 65 ans et plus vivant dans la communauté souffrent de désordres dépressifs sérieux et que 22% présentent des symptomatologies dépressives.

Les différences observées en regard de ces pourcentages peuvent être associées, selon Cappeliez (1988), à la diversité de termes décrivant la dépression. L'auteur mentionne que ce manque de conformité qu'ont les chercheurs au niveau de la terminologie et de la taxonomie des états dépressifs serait l'une des causes responsables des interprétations parfois inexactes des données d'incidence et de prévalence. Ces différences peuvent, de plus, être expliquées par la variété des pratiques diagnostiques d'une étude à l'autre (Cappeliez, 1988). Ainsi, Copeland et al. (1987) ont évalué leurs sujets à l'aide du Geriatric Mental State qui rend compte à la fois

des dépressions majeures, des dépressions dysthymiques et psychotiques sévères. L'évaluation de la dépression de leurs sujets à partir d'une échelle autre que celle du Geriatric Depression Scale et l'inclusion de telles dépressions dans le calcul de leurs pourcentages pourraient justifier les différences observées entre les pourcentages rapportés par cette étude et ceux de la présente recherche. Mais elles peuvent être dû aussi à l'âge relativement jeunes de nos retraités comparativement aux populations d'étude de Victoroff (1984) et de Copeland et al. (1987). La moyenne d'âge ($M=61,4$) de notre échantillon explique peut être davantage cette différence avec les taux de pourcentage de dépression obtenus par d'autres études chez des populations adultes d'âge moyen.

D'autre part, il semble que ces différences peuvent être dû à la sélection des sujets au moment de l'échantillonnage. Il en va ainsi de notre population d'étude qui a été recrutée selon certains critères, par exemple ceux voulant que nos candidats soient exempts d'antécédents psychiatriques et de problèmes cognitifs et soient retraités depuis cinq ans et moins. De plus, il apparaît difficile de négliger la portée des facteurs de risque de suicide plus particuliers aux âgés, tels que la mise à la retraite, les pertes, les maladies physiques et l'isolement social au niveau de l'apparition de

symptômes dépressifs. Parce que chacun de ces facteurs, qu'ils soient pris individuellement ou en interaction avec les autres, peuvent jouer un rôle dans le développement de la dépression et d'idéations suicidaires. À cet effet, Osgood (1985) souligne que la dépression est d'autant plus fréquente chez les aînés, car ils doivent incessamment faire face à de nombreuses pertes physiques et événements stressants. Si les sujets du présent mémoire apparaissent moins déprimés en comparaison des taux rapportés dans d'autres études, c'est peut être parce qu'ils sont plus jeunes, en meilleure santé, qu'ils ont subi moins de pertes, et que leur mise à la retraite récente ne les a pas affectés encore d'un trop grand isolement social.

En dépit de ces différences de pourcentage, les résultats de la présente recherche confirment le lien étroit qui prévaut entre la dépression et le suicide, dont bon nombre d'auteurs (Blazer et al., 1986; Cimon-Desrochers, 1981; De Leo et Diekstra, 1990; Kirsling, 1986; Lépine, 1982; Lyons, 1985; McIntosh et al., 1981; Mishara, 1991; Moamaï, 1988) ont souligné l'importance à travers la littérature. Ils font ressortir aussi le malaise ressenti par les hommes à consulter pour de l'aide psychologique. De fait, parmi l'ensemble de notre population d'étude, seulement trois sujets ont manifesté le

désir de rencontrer un des expérimentateurs pour faire face à leurs difficultés.

Les auteurs rapportent que parmi les déprimés, le taux de suicide est plus important chez les hommes que chez les femmes (Enzell, 1984). Cependant, peu d'hommes utilisent les services de santé mentale mis à la disposition du public pour surmonter leur détresse psychologique (dépression, alcoolisme, idéations suicidaires, etc) (Abrahams et Patterson, 1978). Car plus que les femmes, les hommes âgés perçoivent leur état dépressif comme une faiblesse et deviennent peu enclin à consulter pour de l'aide psychologique (Lyons, 1984; Mc Intosh, 1985; Miller, 1978b). Lyons (1984) soutient que ce malaise ressenti face au besoin d'être aidé peut aggraver l'état de santé mentale de la personne, particulièrement si elle n'a pas d'autres ressources dans son entourage. Le fait que la majorité des sujets de notre échantillon soient mariés expliquerait peut être le faible taux de demande d'aide qu'ils ont manifesté auprès des expérimentateurs. Les sections suivantes permettront de discuter plus amplement de l'aspect quantitatif et qualitatif de l'isolement social de ces retraités.

B. Deuxième hypothèse: l'aspect quantitatif de l'isolement social

L'ensemble des analyses effectuées en regard des variables: nombre de membres qui composent la famille, nombre d'amis et présence d'un confident n'a pas permis de confirmer la deuxième hypothèse qui soutenait que les retraités suicidaires sont plus isolés socialement que les retraités non suicidaires. Seuls des résultats ont fait ressortir que dix (10) sujets de l'échantillon ne possèdent pas d'amis. Parmi ceux-ci, six (6) sont des retraités non suicidaires, alors que quatre (4) sont des retraités suicidaires. Certaines interprétations peuvent être associées à ces résultats.

D'une part, des pourcentages révèlent que 79,3% des retraités de notre échantillon sont mariés, 1,1% sont célibataires, 8,7% sont veufs, 6,5% sont séparés ou divorcés et 4,3% vivent en union libre. Ce fort pourcentage d'hommes mariés, et ce, tant chez les sujets suicidaires (79,4%) que chez les sujets non suicidaires (79,3%) peut expliquer, en partie, l'absence de différences significatives entre les deux groupes de retraités. Puisque le fait d'être marié constitue un facteur de protection face à l'isolement social.

De fait, les auteurs reconnaissent, qu'en dépit de l'accroissement, depuis un quart de siècle, de l'isolement social chez les populations âgées au sein des sociétés industrialisées, les hommes âgés de 65 ans et plus sont peu isolés (Carrette, 1992; Delisle, 1987). Ce phénomène est attribuable au fait que les hommes sont beaucoup moins souvent veufs en raison de leur espérance de vie plus courte et de l'écart d'âge entre les époux (Hannoun, 1991; Gauthier et Duchesne, 1991). Gauthier et Duchesne (1991) estimaient, en 1986, que 75% des hommes de 65 ans et plus étaient mariés, 9% étaient célibataires et 14% étaient veufs. Ces pourcentages, sensiblement les mêmes que ceux de la présente recherche, montrent bien la forte proportion d'hommes âgés qui sont encore mariés.

De plus, d'autres données informant qu'une majorité de nos retraités, qu'ils soient suicidaires ou non, ont des enfants, entretiennent des relations d'amitié et possèdent un confident peuvent corroborer cette explication. Car elles rendent compte de la présence d'une certaine quantité de ressources humaines dans leur entourage et des rôles qu'ils jouent au sein de leur milieu. Delisle (1987) soutient que les personnes qui ont su développer de nombreuses relations sociales ont tendance à conserver le même mode de vie avec

l'avance en âge. De même celles socialement isolées tendent à le demeurer en vieillissant. Cette affirmation pourrait servir à expliquer le fait que les sujets suicidaires ne sont pas plus isolés socialement que les sujets non suicidaires, car ayant été pendant de nombreuses années sur le marché du travail, ces retraités ont peut-être développer maintes relations sociales qu'ils pourraient vouloir conserver une fois mis à la retraite.

Par ailleurs, tout comme pour la première hypothèse, nos résultats ne peuvent être dissociés des facteurs de risque suicidaire reconnus chez les aînés. Ainsi, le fait que notre population d'étude est retraitée depuis peu, soit cinq ans et moins, qu'elle soit constituée de personnes âgées relativement jeunes, encore autonomes et non institutionnalisées peut offrir une explication au fait que cette deuxième hypothèse n'est pas confirmée. Car l'isolement social émane fréquemment de la perte de liens familiaux et affectifs, de la maladie, de handicaps physiques (sensoriels et moteurs) et de pertes sensorielles (altération de l'ouïe et de la vue) qui provoquent des difficultés à communiquer et à participer à des activités quotidiennes (Graux et al., 1982; Hannoun, 1991; Natale, 1986). De même, l'institutionnalisation peut renforcer l'isolement social suite à l'éloignement de la famille et à la

perte des amis (Brant et Osgood, 1990; Wasylenki, 1980). Cependant, lorsque l'isolement social est mesuré exclusivement par le volume de contacts sociaux, il ne peut rendre compte de la qualité des rapports entretenus, ni de leur importance dans le maintien de la vie affective des aînés (Delisle, 1987). C'est pourquoi, il importe de vérifier également l'aspect qualitatif des relations lorsque l'on tente d'évaluer l'isolement social chez une population donnée.

C. Troisième hypothèse: l'aspect qualitatif de l'isolement social

Bien qu'aucune différence significative n'ait été observée entre les retraités suicidaires et les retraités non suicidaires en regard de leur satisfaction face à leurs relations familiales, à leurs relations avec les amis ainsi qu'à leur participation aux activités sociales, les résultats aux analyses non paramétriques de Mann-Whitney font ressortir une tendance chez les sujets suicidaires à vivre plus d'insatisfaction au sein de leurs relations que les sujets non suicidaires. Seules des analyses du chi-carré ont permis de vérifier, d'une manière significative ($p < .05$), une différence entre les deux groupes quant à leur satisfaction face à la fréquence des contacts avec la famille. La troisième

hypothèse, la qualité des relations sociales est significativement moindre chez les retraités suicidaires que chez les retraités non suicidaires, n'est donc que partiellement confirmée.

Néanmoins, il apparaît que cette tendance à l'insatisfaction que ressentent les sujets suicidaires peut être associée, d'un point de vue qualitatif, à un certain sentiment de solitude. Car cette insatisfaction rend compte, en quelque sorte, d'un besoin inassouvi quant à la fréquence des relations qu'ils entretiennent. Delisle (1987) définit l'aspect qualitatif de l'isolement social comme étant lié à un manque de relations gratifiantes, c'est-à-dire à une insuffisance de contacts qui renforcent l'estime de soi de la personne.

Il semble opportun d'associer l'une des causes de l'insatisfaction qu'éprouvent les retraités suicidaires à un déséquilibre entre la quantité de leurs relations et leur qualité. Selon Delisle (1987), il existe un rapport inversement proportionnel entre la quantité de contacts entretenus et leur qualité. Mais, à elle seule, cette affirmation n'apparaît pas fournir une interprétation complète. Car bien qu'aucune différence significative n'ait

été observée entre les deux groupes de sujets quant à l'aspect quantitatif de l'isolement social, il ressort que ce sont les retraités suicidaires qui affichent davantage d'insatisfaction à l'égard de leurs relations et de la fréquence de celles-ci.

Des données rapportées dans l'étude initiale de Lapierre, Pronovost, Dubé et Delisle (1992) montrant que 35,7% des suicidaires de la population d'étude n'ont pas de confident, laisse croire que l'absence de confident peut être un autre facteur à considérer dans l'explication de cette tendance. Bock (1972) affirme que la présence d'un confident peut être grandement aidante dans la prévention du suicide d'une personne âgée. L'auteur soutient que le taux élevé de suicide chez les aînés, particulièrement pour les hommes, peut être interprété comme ayant un lien avec leur isolement. Toutefois, les pourcentages obtenus, au sein du présent mémoire, montrant que 31,0% des sujets non suicidaires n'ont pas de confidents comparativement à 17,6% des sujets suicidaires laissent entrevoir que les suicidaires de notre échantillon souffrent peut-être moins de l'absence de confidents que de la fréquence des contacts qu'ils entretiennent avec ceux-ci.

Krause (1991), quant à lui, établit un lien entre la qualité des relations et la dépression. Cet auteur a pu

constater que les âgés n'ayant pas de relations intimes sont plus à risque face au développement d'une dépression que ceux qui ont su maintenir des liaisons significatives. Abondant dans le même sens, Mishara et Riedel (1985) considèrent l'isolement social comme l'une des causes les plus courantes de la dépression chez l'agé. Il existe, selon eux, un rapport étroit entre la fréquence des contacts sociaux et le sentiment de satisfaction à l'égard de la vie. On peut, dès lors, y voir un lien avec le fait que les retraités suicidaires sont plus déprimés que les retraités non suicidaires. Leur tendance à l'insatisfaction au sein de leurs relations peut être, en partie, responsable de leur état dépressif.

La satisfaction émotionnelle face aux relations avec l'entourage s'avère donc une composante primordiale pour le mieux-être psychologique des personnes vieillissantes (Mullins et al., 1987). À cet effet, plusieurs auteurs (Duff et Hong, 1982; Landreville et al., 1988; Mellor et Edelman, 1988) soulignent que ce n'est pas tant le nombre, ni la fréquence d'interactions sociales qui a un effet sur la satisfaction de vie des aînés, mais plutôt la qualité des relations sociales.

Conclusion

L'objectif principal de ce mémoire était d'approfondir les variables de la dépression et de l'isolement social comme facteurs de risque suicidaires dans une population d'hommes retraités. Cette recherche visait, d'une part, à faire ressortir les composantes dépressives qui distinguent plus particulièrement les retraités suicidaires lorsqu'ils sont comparés aux retraités non suicidaires et, d'autre part, à élucider l'aspect quantitatif et qualitatif de l'isolement social en regard de la gravité des tendances suicidaires chez ces retraités.

L'échantillon se compose de 92 hommes, tous retraités depuis cinq et moins et âgés de 55 à 72 ans ($M=61,4$). Les candidats proviennent des régions de Hull et de Trois-Rivières. Parmi ces sujets 37% ($N=34/92$) affichent un potentiel suicidaire, alors que 63% ($N=58/92$) sont classés comme non suicidaires. Des analyses statistiques de différences de moyenne (test-t), de différences de distribution (chi-carré) ainsi que des analyses non paramétriques (U de Mann-Withney), ont révélé que les retraités suicidaires sont plus déprimés que les retraités non suicidaires. Mais aucune différence significative n'a démontré

que les sujets suicidaires sont plus isolés socialement que les sujets non suicidaires, tant au niveau de la quantité que de la qualité de leurs relations sociales. Par contre, il existe une tendance, chez les retraités suicidaires, à vivre plus d'insatisfaction face à la qualité et à la fréquence des relations qu'ils entretiennent avec l'entourage.

Des recherches ultérieures seraient nécessaires pour cerner davantage l'importance de la préparation à la retraite comme moyen de prévention de la dépression et de l'isolement social chez les futurs retraités. De telles mesures préventives pourraient amener les retraités à prendre conscience, par exemple, du besoin de développer des relations d'amitié à l'extérieur du travail et de se donner d'autres priorités que la carrière comme objectif dans la vie. Ceci permettrait de pallier l'isolement social et l'apparition d'affects dépressifs au moment de la mise à la retraite.

De plus, étant donné que la dépression a été reconnue comme un facteur déterminant au niveau de la distinction entre les retraités suicidaires et les retraités non suicidaires de cette recherche, que le vécu des sujets suicidaires semble touché principalement par des émotions de tristesse, de pessimisme face à l'avenir ainsi que par une altération du

plaisir de vivre, et que ce vécu a des répercussions également au niveau physique et cognitif en entraînant des dysfonctionnements dans l'aptitude à travailler, la capacité de se concentrer et de penser, il semble important que d'autres études s'intéressent à l'aspect factoriel et descriptif des échelles de dépression. Ces recherches seraient d'autant plus intéressantes étant donné que peu d'auteurs se sont penchés sur l'étude des composantes dépressives. De telles recherches permettraient également aux cliniciens d'acquérir une meilleure compréhension des interprétations qu'ils établissent en regard des réponses de leurs clients à ces échelles.

L'originalité du présent mémoire est d'avoir portée sur une population de jeunes retraités, non institutionnalisés. Le nombre de retraités déprimés et suicidaires est somme toute suffisamment élevé pour démontrer la pertinence de s'intéresser au phénomène de la pré-retraite et de la retraite, et ce, tout en tenant compte aussi de variables psycho-sociales qui favoriseraient une meilleure adaptation à cette phase de la vie. Cependant, comme il existe une proportion sans cesse grandissante de femmes sur le marché du travail, il serait dans l'intérêt des recherches subséquentes de s'attarder à l'étude de populations mixtes.

Appendice A

Questionnaire d'enquête

sur l'adaptation à la retraite

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE SUR L'ADAPTATION À LA RETRAITE

Renseignements personnels

1. CODE: _____

SEXE: _____

ÂGE: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

MOMENT DE LA RETRAITE: _____

2. ÉTAT CIVIL:

1. Marié Depuis combien de mois? _____

2. Célibataire Depuis combien de mois? _____

3. Veuf Depuis combien de mois? _____

4. Séparé-divorcé Depuis combien de mois? _____

5. Conjoint de fait Depuis combien de mois? _____

3. NOMBRE D'ENFANTS: _____

4. RÉSIDENCE

1. Maison privée, résidence personnelle

2. Appartement ou logement

3. Maison de chambre

4. HLM

5. Chez une autre personne. Précisez: _____

6. Autres. Précisez: _____

MILIEU

Rural _____

Urbain _____

Comment évaluez-vous l'endroit où vous vivez?

1. Très satisfaisant
2. Satisfaisant
3. Peu satisfaisant
4. Pas du tout satisfaisant

5. Avez-vous dû déménager au cours des dernières années?

Oui _____ Non _____ Quand: _____

De rural à urbain _____

De urbain à rural _____

Pas de changement de milieu _____

6. Principale OCCUPATION/PROFESSION pendant votre vie active:

À ce moment votre travail était:

1. Très satisfaisant
2. Satisfaisant
3. Peu satisfaisant
4. Pas du tout satisfaisant

7. OCCUPATION/PROFESSION au moment de la retraite:

À ce moment votre travail était:

1. Très satisfaisant
2. Satisfaisant
3. Peu satisfaisant
4. Pas du tout satisfaisant

8. SCOLARITÉ

1. Aucune - ne sait ni lire ni écrire
2. Aucune - sait lire seulement
3. Aucune - sait lire et écrire
4. Élémentaire (1e à 7e)
5. Secondaire (8e à 12e)
6. Métier ou technique
7. Collégial - Classique
8. Universitaire

9. Votre estimation de vos REVENUS AVANT LA RETRAITE

1. Très au-dessus de la moyenne
2. Au-dessus de la moyenne
3. Dans la moyenne
4. En-dessous de la moyenne
5. Très en-dessous de la moyenne

10. Vos REVENUS ACTUELS par rapport à ceux avant la retraite:

1. Ont diminué
2. Sont comparables
3. Ont augmenté

11. Vos revenus actuels vous permettent de répondre à vos besoins de façon:

1. Très satisfaisante
2. Satisfaisante
3. Peu satisfaisante
4. Pas du tout satisfaisante

Autres / remarques:

Attitudes face à la retraite

12. Comment voyez-vous votre retraite (ordonnez les cinq principales raisons):

1. Les vacances, le repos, la détente
2. La liberté, l'indépendance
3. Le moment de profiter de la vie
4. Une période d'épanouissement, de développement
5. Une période bien remplie, pleine d'activités personnelles
6. Possibilité d'une nouvelle implication, d'un nouvel engagement
7. Bien-être et sécurité financière
8. La possibilité d'utiliser mes capacités, mes compétences
9. Une période de loisir
10. La fin des obligations et de la contrainte
11. Une période de vie familiale plus intense
12. Une période de vie sociale plus intense
13. Un repos bien mérité
14. Bien-être physique
15. Une autre étape de la vie
16. La fin de l'activité professionnelle
17. Ne pense pas à la retraite

- 18. Une continuité (la même chose qu'avant)
- 19. Être vieux
- 20. La solitude
- 21. Une obligation
- 22. La maladie, la détérioration physique et mentale
- 23. Perte de ma valeur et de ma compétence
- 24. Restriction
- 25. Injustice
- 26. L'ennui
- 27. L'inutilité
- 28. Une période de stress et de tension
- 29. La mort
- 30. La dépendance
- 31. Des difficultés matérielles, pauvreté
- 32. Manque d'implication et d'engagement
- 33. Autres: _____

13. Personnellement, auriez-vous préféré prendre votre retraite:

- 1. Plus tard
- 2. Exactement comme prévu
- 3. Plus tôt

Écart en mois: _____

14. J'ai décidé de prendre ma retraite (ordonnez les cinq principales raisons):

1. Parce que mon épouse prend ou est à la retraite
2. Pour des raisons de santé personnelle (santé physique, fatigue, épuisement)
3. Pour des raisons de santé chez ma conjointe ou un membre de ma famille
4. À cause des pressions de la part de mon employeur
5. À cause des pressions de la part de la conjointe
6. À cause des pressions de la part de la famille
7. À cause des pressions de la part des collègues
8. De ma propre initiative, mon propre choix
9. À cause des conditions de travail désagréables, déplaisantes (bruits, chaleur, pollution, etc)
10. À cause des difficultés de relation avec les collègues de travail
11. Parce que j'ai un travail sans défi, sans avancement, monotone, démotivant
12. À cause de mon désir de faire autre chose
13. Pour faire de la "place" pour les jeunes
14. À cause de mon désir de me reposer, repos bien mérité

- 15. Parce que j'ai un revenu suffisant
- 16. À cause de l'âge parce que je suis trop vieux
- 17. À cause de l'âge parce que je suis encore jeune
- 18. Fermeture du milieu de travail, fermeture de
poste, restriction budgétaire
- 19. Changements technologiques
- 20. Plan de retraite avantageux
- 21. Autre: _____

15. Avez-vous un (des) projets particulier(s) que vous
aimeriez réaliser au cours de la retraite?

Oui _____ Non _____

Lequel (lesquels)? _____

16. Est-ce que vous croyez qu'ils se réaliseront?

- 1. Pas du tout
- 2. Peut-être
- 3. Il y a de fortes chances
- 4. Très certainement

Autres / remarques

État de santé

17. Par rapport aux gens de votre âge, comment évaluez-vous votre état de santé actuel?

1. Excellent
2. Très bon
3. Bon
4. Passable
5. Mauvais
6. Très mauvais

18. Souffrez-vous actuellement de problèmes de santé?

Oui _____ Non _____

Lesquels? 1. _____ Depuis combien de temps? ____
2. _____ Depuis combien de temps? ____
3. _____ Depuis combien de temps? ____

19. Votre problème se manifeste-t-il? (coter pour chacun des principaux problèmes mentionnés):

Problème 1: _____

1. Rarement
2. Occasionnellement
3. Souvent
4. De façon persistante

Problème 2: _____

1. Rarement
2. Occasionnellement
3. Souvent
4. De façon persistante

Problème 3: _____

1. Rarement
2. Occasionnellement
3. Souvent
4. De façon persistante

20. Votre problème vous occasionne-t-il douleur et inconfort:

Problème 1:

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Passablement	Grandement	Insupp.

Problème 2:

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Passablement	Grandement	Insupp.

Problème 3:

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Passablement	Grandement	Insupp.

21. Comment réagiriez-vous à une perte importante de vos capacités physiques ou de votre lucidité?

22. Avez-vous consulté un médecin ou fait usage des services de santé au cours de la dernière année?

Oui _____ Non _____

Fréquence: 1. Hebdomadaire

2. Mensuelle

3. Aux trois mois

4. Aux six mois

5. Annuelle

23. Avez-vous à prendre des médicaments en relation avec vos problèmes de santé? (ne pas tenir compte des vitamines et substituts alimentaires)

Oui _____ Non _____

Fréquence: _____

Nombre de médicaments (produits prescrits): _____

Type(s) de médicaments: _____

24. Combien d'heures dormez-vous? 1. la nuit _____

2. le jour _____

25. Comment évaluez-vous la qualité de votre sommeil?

1. Excellente

2. Bonne

3. Passable

4. Mauvaise

5. Très mauvaise

26. Combien de repas prenez-vous par jour? _____

Combien de collations prenez-vous par jour? _____

27. Avez-vous de l'appétit, le goût de manger?

Oui _____

Non _____

28. Fumez-vous? Oui _____ Non _____

Quantité quotidienne _____

Avez-vous arrêté de fumer? Oui _____ Non _____

Si oui, depuis combien de temps? En mois: _____

29. Vous arrive-t-il de consommer de l'alcool?

Oui _____

Non _____

Fréquence _____

Type(s) de boisson: _____

Autres / remarques

[illegible]

Aspect social et occupationnel

30. Combien de membres composent votre proche famille? _____

1. Conjoint, partenaire amoureux _____

2. Enfants _____

3. Frères _____

4. Soeurs _____

5. Beaux-frères _____

6. Belles-soeurs _____

7. Autres. Précisez: _____

31. La fréquence des contacts avec les membres de votre famille est généralement:

1. Trop grande (fatiguants, accaparants)

2. Suffisante

3. Insuffisante

4. Inexistante

32. Les relations que vous vivez avec les membres de votre famille sont généralement:

1. Très satisfaisantes

2. Satisfaisantes

3. Insatisfaisantes

4. Très satisfaisantes

5. Conflictuelles

33. Avez-vous des amis en dehors de votre famille?

Oui _____

Non _____

Combien _____

34. Les relations que vous vivez avec vos amis sont
généralement:

1. Très satisfaisantes

2. Satisfaisantes

3. Insatisfaisantes

4. Très satisfaisantes

5. Conflictuelles

35. Avez-vous au moins une personne proche (famille, ami(e))
à qui vous pouvez vous confier lorsque vous vivez des
situations difficiles?

Oui _____

Non _____

Catégorie: 1. Conjoint

2. Enfant

3. Frère

4. Soeur

5. Beau-frère

6. Belle-soeur

7. Parent

8. Autre

36. Participez-vous à des activités sociales ou récréatives?

Oui _____

Non _____

Lesquelles _____

Fréquence _____

37. La participation à ces activités est généralement:

1. Très satisfaisante

2. Satisfaisante

3. Insatisfaisante

4. Très satisfaisante

5. Conflictuelle

Autres / remarques

Aspect psychologique

38. Encerclez la réponse exprimant le mieux comment vous vous sentiez au cours de la semaine passée:

1. Êtes-vous fondamentalement satisfait(e) de la vie que vous menez? Oui / Non

2. Avez-vous abandonné un grand nombre d'activités et d'intérêts? Oui / Non

3. Est-ce que vous sentez un vide dans votre vie? Oui / Non

4. Vous ennuyez-vous souvent? Oui / Non

5. Êtes-vous optimiste quand vous pensez à l'avenir? Oui / Non

6. Êtes-vous préoccupé(e) par des pensées dont vous n'arrivez pas à vous défaire? Oui / Non

7. Avez-vous la plupart du temps un bon moral? Oui / Non

8. Craignez-vous qu'il vous arrive quelque chose de grave?

Oui / Non

9. Êtes-vous heureux/heureuse la plupart du temps?

Oui / Non

10. Éprouvez-vous souvent un sentiment d'impuissance?

Oui / Non

11. Vous arrive-t-il souvent de ne pas tenir en place, de vous impatienter?

Oui / Non

12. Préférez-vous rester chez-vous au lieu de sortir pour faire de nouvelles activités?

Oui / Non

13. Êtes-vous souvent inquiet(e) au sujet de l'avenir?

Oui / Non

14. Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens?

Oui / Non

15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à l'époque actuelle?

Oui / Non

16. Vous sentez-vous souvent triste et déprimé?

Oui / Non

17. Vous sentez-vous plutôt inutile dans votre état actuel?

Oui / Non

18. Le passé vous préoccupe-t-il beaucoup?

Oui / Non

19. Trouvez-vous la vie très excitante?

Oui / Non

20. Avez-vous de la difficulté à entreprendre de nouveaux projets?

Oui / Non

21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie?

Oui / Non

22. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée?

Oui / Non

23. Pensez-vous que la plupart des gens vivent mieux que vous?

Oui / Non

24. Vous mettez-vous souvent en colère pour des riens?

Oui / Non

25. Avez-vous souvent envie de pleurer?

Oui / Non

26. Avez-vous de la difficulté à vous concentrer?

Oui / Non

27. Êtes-vous heureux/heureuse de vous lever le matin?

Oui / Non

28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales?

Oui / Non

29. Prenez-vous facilement des décisions?

Oui / Non

30. Vos pensées sont-elles aussi claires que par le passé?

Oui / Non

Attitudes face à la vie et à la mort

39. Vous arrive-t-il de penser à la mort?

1. Jamais 2. Parfois 3. Souvent 4. Constamment

40. Qu'est-ce que la mort représente pour vous?

1. La fin d'un processus de vie
2. L'accès à un monde meilleur
3. La délivrance d'une souffrance physique
4. La délivrance d'une souffrance psychologique
5. Période difficile pour les proches
6. Passage à une autre vie
7. Autre: _____

41. Que pensez-vous des gens qui se découragent et décident de mettre fin à leurs jours?

1. Rejet de l'idée
2. Ambivalence ou indifférence
3. Acceptation de l'idée

42. Vous est-il déjà arrivé de penser que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue?

1. Jamais 2. Parfois 3. Souvent 4. Constamment

43. Si oui, relativement à quelle(s) circonstance(s); (nombre, types)

44. Est-ce que l'idée de mettre fin à vos jours vous a déjà effleuré l'esprit?

Oui _____

Non _____

Si non, passez aux questions 47 et 48.

Si oui

a) Sérieux de l'idéation:

1. Cette idée m'a seulement effleuré l'esprit
2. J'ai joué avec l'idée
3. J'y ai sérieusement pensé

b) Quand cela est-il arrivé?

1. Au cours de la dernière semaine
2. Au cours du dernier mois
3. Il y a de 1 à 3 mois
4. Il y a de 3 à 6 mois
5. Il y a de 6 à 12 mois
6. Il y a plus d'un an (précisez): _____
7. Constamment

c) Était-ce relié à un événement particulier?

Oui _____ Non _____

Lequel _____

d) Combien de temps cette idée vous a-t-elle habité?

1. Quelques heures à quelques jours

2. Une semaine à un mois

3. Un à trois mois

4. Trois à six mois

5. Six mois à un an

6. Plus d'un an (nombre d'années)

7. Constamment

e) Cette idée vous habite-t-elle encore actuellement?

Oui _____ Non _____

f) Avez-vous imaginé des plans ou des moyens de suicide?

Oui _____ Non _____

Le(s)quel(s) _____

45. Avez-vous déjà effectué une (des) tentative(s) de suicide?

Oui _____ Non _____

Si oui

a) Quand cela est-il arrivé?

1. Au cours de la dernière semaine

2. Au cours du dernier mois

3. Il y a de 1 à 3 mois

4. Il y a de 3 à 6 mois

5. Il y a de 6 à 12 mois

6. Il y a plus d'un an (précisez): _____

b) Était-ce relié à un événement particulier?

Oui _____ Non _____

Lequel _____

c) Est-ce que le moyen utilisé a mis votre vie en danger
(létalité de la tentative)?

1. Nulle

2. Légère

3. Moyenne

4. Élevée

5. Très élevée

46. Avez-vous fait part à quelqu'un de votre désir de mourir?

1. Oui ouvertement

2. Oui j'y ai fait allusion

3. J'ai essayé de dissimuler mon intention

4. Non aucunement

Si oui a) À qui? _____

b) Quelle a été sa réaction? _____

47. Y a-t-il des raisons particulières qui vous empêcheraient de mettre fin à vos jours: (famille, religion, peur de souffrir, irréversibilité du geste, ...)

1. Ne s'applique pas

2. Il y a au moins un motif qui m'empêcherait de me suicider.

3. Certaines inquiétudes ou ambivalences font que je ne serais pas certain(e) de vouloir me suicider. Précisez:

4. Aucun motif ou presque ne m'empêcherait de me suicider:

48. Y a-t-il des raisons qui pourraient vous inciter à penser à mettre fin à vos jours (perte d'autonomie physique, de lucidité, ...)

Oui _____

Non _____

49. Est-ce que vous désireriez recevoir de l'aide pour vous aider à traverser vos difficultés actuelles?

Oui _____

Non _____

50. Messages ou comportements suicidaires rapportés ou observés par l'interviewer (voir liste annexée):

MANIFESTATIONS D'INDICES ET MESSAGES SUICIDAIRES

Si la personne âgée est dans un état pré-suicidaire et mentionne son intention de se suicider, alors il est très possible qu'elle se suicide dans un avenir rapproché. C'est pourquoi il faut demeurer toujours très attentif aux messages directs et indirects.

1. Indices d'ordre verbal

- . "La vie n'a aucun sens, je veux mourir."
- . "Je vais me tuer."
- . "Mes enfants seraient mieux sans moi."
- . "Comment peut-on donner son corps à la science."
- . "J'ai trouvé la solution à tous mes problèmes."
- . "Je veux en finir avec tout cela."
- . "Je suis fatigué de vivre."
- . "Bientôt je ne serai plus là."
- . "Je me sens inutile, de trop."
- . "La vie ne m'apporte plus aucun plaisir."
- . Parle de la mort sans émotion.

2. Indices d'ordre comportemental

- . Faire son testament
- . Acheter une arme à feu
- . Don d'objets personnels
- . Préparer ses arrangements funéraires
- . Lettres d'adieu
- . Prendre rendez-vous avec son médecin sans raison apparente, ou quelques jours après l'avoir vu (75% des âgés ont vu leur médecin un mois avant la tentative de suicide)
- . Intérêt subit pour la religion, ou intérêt nul alors qu'il était élevé auparavant
- . Accumulation de médicaments dans la pharmacie
- . Faire ou changer son testament
- . Exposition délibérée au danger
- . Manque total d'intérêt dans la vie, pas de motivation

3. Indices d'ordre situationnel

- . Maladie grave, perte de l'intégrité corporelle
(amputation, paralysie), perte d'autonomie, souffrances
intenses
- . Dépression due aux pertes: veuvage, maladies,
isolement...
- . Détérioration mentale à ses débuts
- . Antécédent psychiatrique personnel ou familial, combiné
à des pertes et à des situations difficiles
- . Antécédent de dépression personnel ou familial
- . Antécédent suicidaire personnel ou familial
- . Récent déménagement
- . Pertes sensorielles multiples
- . Dépendance et institutionnalisation

Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à sa directrice de thèse, madame Jocelyne Pronovost, Ph.D., à qui elle est redevable d'une assistance constante et éclairée, ainsi qu'à monsieur Germain Couture, M.A. Ps., pour ses précieux conseils en statistique et en informatique.

De plus, l'auteure tient à remercier les professeures Sylvie Lapierre, Jocelyne Pronovost, Micheline Dubé et Isabelle Delisle pour lui avoir permis de réaliser ce mémoire à partir des données de leur étude sur l'identification des comportements suicidaires chez les personnes âgées.

Références

- ABRAHAM, R.B., PATTERSON, R.D. (1978). Psychological distress among the community elderly: prevalence, characteristics and implications for service. International Journal of Aging and Human Development, 9(1), 1-18.
- ADDINGTON, J., FRY, P.S. (1986). Directions for clinical-psychosocial assessment of depression in the elderly, in T.L. Brink (Ed.): Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention (pp.97-117). New York: Haworth Press.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1989). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R). Paris: Masson.
- ATCHLEY, R.C. (1982). Aging and suicide. Reflections on the quality of life, in S.G. Haynes, M. Feinlib, J.A. Ross and L. Stallones (Eds): Epidemiology of aging. Washington: U.S. Department of health and human services.
- BATCHELOR, I.R.C. (1955). Management and prognosis of suicidal attempt in old age. Geriatrics, 10, 291-293.
- BENSON, R.A., BRODIE, D.C. (1975). Suicide by overdose of medicines among the aged. Journal of American Geriatrics Society, 23(7), 304-308.
- BERARDO, F.M. (1968). Widowhood status in the United States: perspective on a neglected aspect of the family life-cycle. The Family Coordinator, 17, 191-203.
- BERARDO, F.M. (1970). Survivorship and social isolation: the case of the aged widower. The Family Coordinator, 19, 11-25.

- BERTHELET, F. (1985). Physiologie du vieillissement. Montréal: Presses de B.B. Productions Couleur Inc.
- BLAZER, D. (1989). The epidemiology of depression in late life. Journal of Geriatric Psychiatry, 22, 35-52.
- BLAZER, D., BACHAR, J.R., MANTON, K.G. (1986). Suicide in later life. Journal of the American Geriatrics Society, 34(7), 519-525.
- BOCK, E.W. (1972). Aging and suicide: the significance of marital, kinship and alternative relations. The Family Coordinator, 21, 71-79.
- BOCK, E.W., WEBBER, I.L. (1972). Suicide among the elderly: isolating widowhood and mitigating alternatives. Journal of Marriage and the Family, 34, 24-31.
- BOLLA-WILSON, K., BLEECKER, M.L. (1989). Absence of depression in the elderly adults. Journal of Gerontology, 44, 53-55.
- BOURQUE, P., BLANCHARD, L., VÉZINA, J. (1990). Étude psychométrique de l'Échelle de Dépression Gériatrique. La Revue Canadienne du Vieillissement, 9(4), 348-355.
- BRANT, B.A., OSGOOD, N.J. (1990). The suicidal patient in long-term care institutions. Journal of Gerontological Nursing, 16(2), 15-18.
- BRINK, T.L. (1984). Limitations of the Geriatric Depression Scale in cases of pseudodementia. Clinical Gerontologist, 2(3), 60-61.
- CAMPAGNA, J.L. (1982). L'épidémiologie du suicide dans la région métropolitaine de Québec. Santé Mentale au Canada, 30(1), 11-14.

- CAPPELIEZ, P. (1988). Quelques considérations sur la prévalence et l'étiologie des états dépressifs de la personne âgée. La Revue Canadienne du Vieillissement, 7, 417-430.
- CAPPELIEZ, P. (1991). La dépression, la solitude et le deuil chez les personnes âgées, in Conseil consultatif national sur le troisième âge (Ed.): Santé mentale et vieillissement (pp.26-44). Ottawa: Publications gouvernementales.
- CARDNER, E.A., BAHN, A.K., MACK, M. (1964). Suicide and psychiatric care in the aging. Archives of General Psychiatry, 10, 547-553.
- CARETTE, J. (1992). Manuel de gérontologie sociale 1. Boucherville: Gaëtan Morin.
- CHARRON, M.F. (1983). Le suicide au Québec. Carrefour des Affaires Sociales, 5(1), 22-25.
- CHARRON, M.F., BROSSEAU, P., FRÉCHETTE-DUCHESNE, F., RÉMILLARD, R. (1984). Bilan des connaissances sur la problématique du suicide au Québec. Service Social, 33(2-3), 357-397.
- CIMON-DESROCHERS, G. (1981). Le suicide chez les personnes âgées. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- CONWELL, Y., ROTENBERG, M., CAINE, E.D. (1990). Completed suicides at age 50 and over. Journal of the American Geriatrics Society, 38(6), 640-644.
- COPELAND, J.R.M., DEWEY, M.E., WOOD, N., SEARLE, R., DAVIDSON, I.A., MC WILLIAM, C. (1987). Range of mental illness among the elderly in the community. Prevalence in Liverpool using the GMS-AGECAT package. British Journal of Psychiatry, 150, 815-823.

- CUTTER, F. (1984). Suicidal elders: recognition and management. Clinical Gerontologist, 2(4), 66-68.
- DE LEO, D., DIEKSTRA, R.F.W. (1990). Depression and suicide in late life. Toronto: Hogrefe and Huber Publishers.
- DELISLE, M.A. (1987). La république du silence: solitude et vieillissement. Québec: Laboratoire de recherches sociologiques, Université Laval.
- DUBLIN, L.I. (1983). Suicide: a sociological and statistical study. New York: Renald Press.
- DUCHESNE, L. (1991-92). Statistiques démographiques: la situation démographique au Québec. Québec: Les Publications du Québec.
- DUFF, R.W., HONG, L.K. (1982). Quality and quantity of social interactions in the life satisfaction of older americans. Sociology and Social Research, 66(4), 418-434.
- DUNN, V.K., SACCO, W.P. (1989). Psychometric evaluation of the Geriatric Depression Scale and the Zung Self-Rating Depression Scale using an elderly community sample. Psychology and Aging, 4, 125-126.
- DURKHEIM, E. (1951). Suicide. New York: Free Press.
- ENNIS, J. (1983). Family practice, self-harm: 1. Suicide. Canadian Medical Association Journal, 129, 21-29.
- ENZELL, K. (1984). Mortality among persons with depressive symptoms and among responders and non-responders in health check-up. Acta Psychiatrica Scandinavia, 69, 89-102.

- FARBEROW, N.L. (1980). Indirect self-destructive behavior: classification and characteristics, in N.L. Farberow (Ed.): The many faces of suicide: indirect self-destructive behavior (pp.15-27). New York: Mc Graw-Hill.
- FRIEDMAN, J.S. (1976). Cry to help: suicide in the aged. Journal of Gerontological Nursing, 2(3), 28-32.
- GALLAGHER, D.E. (1986). The Beck Depression Inventory and older adults: review of its development and utility, in T.L. Brink (Ed.): Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention (pp.149-163). New York: Haworth Press.
- GAUTHIER, H., DUCHESNE, L. (1991). Le vieillissement démographique et les personnes âgées au Québec. Québec: Les Publications du Québec.
- GRAUX, P., COPIN, J.M., DUROCHER, A.M., DELHAYE, M.P. (1982). Le suicide de la personne vivant en institution. La Revue de Gériatrie, 7(1), 22-24
- HANNOUN, M. (1991). Nos solitudes: Enquête sur un sentiment. Paris: Édition Du Seuil.
- HENDIN, H. (1982). Suicide in America. New York: W.W. Norton and Company.
- HIRST, S.P., BROCKINGTON, W., SHEESLEY, L.(1985). Suicide among the aged: concern for caregivers. Dimensions, 62(10), 25-27.
- JARVIS, G.K., BOLDT, M. (1980). Suicide in the later years. Essence, 4(3), 145-158.

- KASTENBAUM, R., COSTA, P.T. (1977). Psychological perspectives on death. Annual Review of Psychology, 28, 225-249.
- KIRSLING, R.A. (1986). Review of suicide among elderly persons. Psychological Reports, 59(2), 359-366.
- KRAUSE, N. (1991). Stress and isolation from close ties in later life. Journal of Gerontology, 46(4), S183-S194.
- LABERGE, R. (1990). La nécessité de la solitude. Psychologie Préventive, 17, 34-37.
- LAMONTAGNE, Y., DELAGE, J. (1987). La dépression. Montréal: La Presse.
- LANDREVILLE, P., BOUCHARD, V., VÉZINA, J. (1988). Les enfants comme source de bien-être pour les parents âgés: mythe ou réalité? Revue Québécoise de Psychologie, 9(2), 173-183.
- LAPIERRE, L., ADAMS, O.B. (1989). Les personnes âgées, in Ministère de la Santé et des Services Sociaux (Ed.): Les personnes âgées et la santé, ça va? (pp.1-82). Québec: Les Publications du Québec.
- LAPIERRE, S. (1991). Questionnaire d'attitudes face à la retraite. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- LAPIERRE, S., PRONOVOST, J., DUBÉ, M., DELISLE, I. (1991). Questionnaire sur le suicide: Attitude face à la vie et à la mort. Communication présentée au Congrès International de Prévention du Suicide: Identification of Suicidal Behavior of Elderly. Hambourg (Allemagne), septembre.

- LAPIERRE, S., PRONOVOST, J., DUBÉ, M., DELISLE, I. (1992). Facteurs de risque associés au suicide chez les personnes âgées vivant dans la communauté. Santé Mentale au Canada, 40(3), 8-13.
- LASOSKI, M.C. (1986). Reasons for low utilization of mental health services by the elderly, in T.L. Brink (Ed.): Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention (pp.1-18). New York: Haworth Press.
- LAVIGNE-PLEY, C. (1987). Le suicide chez les personnes âgées. Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire, 6(1), 57-77.
- LAVIGNE-PLEY, C., DUMAIS-BEAUDOIN, P., LAMONTAGNE, J. (1980). Le suicide chez les personnes âgées. L'Infirmière Canadienne, 22(6), 18-21.
- LÉPINE, L. (1982). Le suicide chez les personnes âgées au Canada. Ottawa: Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Être Social.
- LEVITON, D. (1973). The significance of sexuality as a deterrent to suicide among the aged. Omega: Journal of Death and Dying, 4(2), 163-174.
- LYONS, M.J. (1984). Suicide in later life: some putative causes with implications for prevention. Journal of Community Psychology, 12, 379-388.
- LYONS, M.J. (1985). Observable and subjective factors associated with attempted suicide in later life. Suicide and Life Threatening Behavior, 15(3), 168-183.
- MARIS, R. (1969). Age and the suicide rate: social forces in urban suicide. Home Wood: Dorsey Press.

- MARKS, A. (1989). Structural parameters of sex, race, age, and education and their influence on attitudes toward suicide. Omega: Journal of Death and Dying, 19(4), 327-336.
- MC INTOSH, J.L. (1985). Suicide among the elderly: levels and trends. American Journal of Orthopsychiatry, 55(2), 288-293.
- MC INTOSH, J.L. (1989). Official U.S. elderly suicide data bases: levels, availability, omissions. Omega: Journal of Death and Dying, 19(4), 337-350.
- MC INTOSH, J.L., HUBBARD, R.W. (1988). Indirect self-destructive behavior among the elderly: a review with case examples. Journal of Gerontological Social Work, 13(1-2), 37-48.
- MC INTOSH, J.L., HUBBARD, R.W., SANTOS, J.F. (1981). Suicide among the elderly: a review of issues with case studies. Journal of Gerontological Social Work, 4(1), 63-74.
- MC INTOSH, J.L., SANTOS, J.F. (1986). Methods of suicide by age, sex and race differences among the young and old. International Journal of Aging and Human Development, 22(2), 123-139.
- MC WHIRTER, B.T. (1990). Loneliness: a review of current literature with implications for counseling and research. Journal of Counseling and Development, 68, 417-422.
- MELLOR, K.S., EDELMANN, R.J. (1988). Mobility, social support, loneliness and well-being amongst two groups of older adults. Journal of Personality Individual Differences, 9(1), 1-5.

- MEYER, D.G. (1976). The psychology of loneliness. Chicago: Adams Press.
- MILLER, M. (1978a). Note: toward a profil of the older white male suicide. The Gerontologist, 18(1), 80-82.
- MILLER, M. (1978b). Geriatric suicide: the Arizona study. The Gerontologist, 18(5), 488-495.
- MILLER, M. (1979). Suicide after sixty: the final alternative. New York: Springer Publishing Company.
- MISHARA, B.L. (1991). Le suicide et les aîné-e-s, in Conseil consultatif national sur le troisième âge (Ed.): Santé mentale et vieillissement (pp.99-113). Ottawa: Publications gouvernementales.
- MISHARA, B.L., RIEDEL, R. (1985). Le vieillissement. Paris: Presses Universitaires de France.
- MOAMAI, N. (1988). Psycho-gériatrie. Montréal: La Presse.
- MULLINS, L.C., JOHNSON, P.D., ANDERSSON, L. (1987). Loneliness of the elderly: the impact of family and friends. Journal of Social Behavior and Personality, 2(2, pt2), 225-238.
- NATALE, S.M. (1986). Loneliness and the aging client: psychotherapeutic considerations, in S.M. Natale (Ed.): Psychotherapy and the lonely patient (pp.77-94). New York: Haworth.
- NEWMANN, J.P. (1989). Aging and depression. Psychology and Aging, 4, 150-165.

- NORRIS, J.T., GALLAGHER, D., WILSON, A., WINOGRAD, C.H. (1987). Assessment of depression in geriatric medical outpatients: the validity of two screening measures. Journal of the American Geriatrics Society, 35(11), 989-995.
- OLIN, J.T., SCHNEIDER, L.S., EATON, E.M., ZEMANSKY, M.F., POLLOCK, V.E. (1992). The Geriatric Depression Scale and the Beck Depression Inventory as screening instruments in an older adult outpatient population. Psychological Assessment, 4(2), 190-192.
- OUELLET, R., JOSHI, P. (1987). Le sentiment de solitude en relation avec la dépression et l'estime de soi. Revue Québécoise de Psychologie, 8(3), 40-47.
- OSGOOD, N.J. (1982). Suicide in the elderly: are we heeding the warnings? Postgraduate Medicine, 72(2), 123-130.
- OSGOOD, N.J. (1985). Suicide in the elderly: a practitioner's guide to diagnosis and mental health intervention. Rockville: Aspen systems.
- OSGOOD, N.J. (1987). Suicide and the elderly. Generations, 11(3), 47-51.
- PAILLAT, P., ATTIAS-DONFUT, C., CLÉMENT, F., DELBÈS, C., RENAUT, S., ROZENKIER, A. (FONDATION NATIONALE DE GÉRONTOLOGIE). (1989). Passages de la vie active à la retraite. Paris: Presses Universitaires de France.
- PARMELEE, P.A., KATZ, I.R. (1990). Geriatric Depression Scale. Journal of the American Geriatrics Society, 38(12), 1379.
- PARMELEE, P.A., LAWTON, M.P., KATZ, I.R. (1989). Psychometric properties of the Geriatric Depression Scale among the institutionalized aged. Psychological Assessment, 1(4), 331-338.

- PÉLICIER, Y. (1978). Le suicide au cours du troisième âge. L'Actualité en Gériatrie, 15, 54-64.
- PELIZZA, J.J. (1979). Suicide in the elderly: can it be prevented? Long Term Care and Health Services Administration Quarterly, 3(2), 85-91.
- PERETTI, P.O., WILSON, C. (1979). Contemplated suicide among voluntary and involuntary retirees. Omega: Journal of Death and Dying, 9(2), 193-201.
- PHANEUF, J., SÉGUIN, M. (1987). Suicide: Prévention et intervention, guide à l'usage des intervenants. Montréal: Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse.
- POST, F. (1962). The significance of affective symptoms in old age. London: Oxford University Press.
- QUINNETT, P.G. (1989). Le suicide. Paris: Édition Le Centurion.
- RESNIK, H.L.P., CANTOR, J.M. (1970). Suicide and aging. Journal of the American Geriatrics Society, 18(2), 152-158.
- ROKACH, A. (1989). Antecedents of loneliness: a factorial analysis. Journal of Psychology, 123(4), 369-384.
- SAINSBURRY, P. (1956). Suicide in London: an ecological study. New York: Basic Books.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. (1987). Le suicide au Canada. Ottawa: Rapport du groupe d'étude national sur le suicide au Canada. Direction générale des services et de la promotion de la santé.

- SHEIKH, J.I., YESAVAGE, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version, in T.L. Brink (Ed.): Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention (pp.165-173). New York: Haworth Press.
- SHEIKH, J.I., YESAVAGE, J.A., BROOKS, J.O., FRIEDMAN, L., GRATZINGER, P., HILL, R.D., ZADEIK, A., CROOK, T. (1991). Proposed factor structure of the Geriatric Depression Scale. International Psychogeriatrics, 3(1), 23-28.
- SHREEVE, C.M. (1986). La dépression. Montréal: Québec/Amérique.
- STATISTIQUE CANADA. (1993). Rapport sur la santé. Mortalité: liste sommaire des causes en 1991. Ottawa.
- STILLION, J.M., MC DOWELL, E.E., MAY, J. (1989). Suicide across the life span. New York: Hemisphere Publication Corp.
- STOUDEMIRE, A., BLAZER, D.G. (1985). Depression in the elderly, in E.E. Beckham, W.R. Leber (Eds): Handbook of depression (pp.556-585). Home Wood: Dorsey Press.
- SYERS-SOLURSH, D., WYNDOWE, J.P. (1981). How coroner's attitude toward suicide affect certification procedures. Educational course for coroner's: Part 1. Toronto: Ministry of Soliciter General.
- TEMPLER, D.I., CAPPELLETY, G.G. (1986). Suicide in the elderly: assessment and intervention, in T.L. Brink (Ed.): Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention (pp.475-487). New York: Haworth Press.

- TESSIER, J.F., CLÉMENT, J.P., LÉGER, J.M. (1989). Le corps comme outil du suicide: approche d'une modalité suicidaire chez l'agé. Psychologie Médicale, 21(4), 512-516.
- VICTOROFF, J.M. (1984). Depression in the elderly. The Ohio State Medical Journal, 80, 180-187.
- WASYLENKI, D. (1980). Depression in the elderly. Canadian Medical Association, 122, 525-532.
- WEISS, I.K., NAGEL, C.L., ARONSON, M.K. (1986). Applicability of depression scales to the old old person. Journal of the American Geriatrics Society, 34, 216-218.
- YESAVAGE, J.A. (1991). Geriatric Depression Scale: consistency of depressive symptoms over time. Perceptual and Motor Skills, 73(3, pt1), 1032.
- YESAVAGE, J.A., BRINK, T.L., ROSE, T.L., LUM, O., HUANG, V., ADEY, M., LEIRER, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Journal of Psychiatric Research, 17, 37-49.
- YOUNG, D., RICH, C.L., FOWLER, R.C. (1984). Double suicides: four model cases. Journal of Clinical Psychiatry, 45(11), 470-472.
- ZAUTRA, A.J., MAXWELL, B.M., REICH, J.W. (1989). Relationship among physical impairment, distress and well-being in older adults. Journal of Behavioral Medicine, 12(6), 543-557.
- ZAY, N. (1981). Dictionnaire-manuel de gérontologie sociale. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

ZGOURIDES, G., SPOFFORD, M., DOPPELT, L. (1989). The Geriatric Depression Scale: discriminant validity and elderly day-treatment clients. Psychological Reports, 64, 1082.